Rok LIII. Kraków, dnia 18 kwietnia 1914 Nr 16.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**



DR STANISŁAW DROBA

W przeciągu niecałego roku umiera już czwarty z pośród profesorów i docentów Wydziału lekarskiego w Krakowie, a drugi z pośród prymaryuszów szpitala św. Łazarza. I żaden z tych, którzy zmarli, nie był jeszcze w tym wieku, w którym śmierci oczekiwać należy. Przeciwnie, ginęli ludzie, którzy jeszcze dziesiątki lat z pożytkiem dla innych i dla siebie mogli pracować. I żaden z nich nie zmarł po długiej chorobie: wszystkich widziano jeszcze na kilka dni, a nawet godzin przed śmiercią w pełni zdrowia. Najdłużej jeszcze, bo dwa tygodnie, chorował ś. p. Stanisław Droba.

Śmierć jego ma cechy tragiczne. Od grudnia 1913 miał na swoim oddziale do czynienia z nosacizną i przytem się nią zaraził. Z końcem marca uczuł się sam chorym i niezadługo po bardzo silnym dreszczu, w niedzielę 29. marca, musiał się położyć do łóżka. Wtedy stwierdzono ciepłotę około 40° C., która już aż do śmierci trwała jako gorączka ciągła. Wystąpił też ogromny i bardzo zrazu bolesny obrzęk śledziony, który później stał się prawie niebolesnym. Chory z początku przeczuwał nosaciznę: mówił o tem otwarcie z żoną i z kolegami, którzy go leczyli. Po kilku dniach jednak przestał, jak się zdaje, myśleć o tej możliwości. Im mniej jednak chory myślał o niej, tem więcej skłaniali się do tego przypuszczenia lekarze. W końcu po ujemnym wyniku badań bakteryologicznych krwi wziętej z żyły, oraz wydalin, rozpoznanie nabrało cech wielkiego prawdopodobieństwa. Stan chorego tymczasem coraz się pogarszał, osłabienie szybko się zwiększało, na obu łydkach i na prawej skroni zjawiły się w odstępach kilkodniowych bardzo bolesne nacieki. Jeden z nich nakłuto bez skutku. Naciek na czaszce począł po kilku dniach szybko się zwiększać, stał się podobnym do róży, zajął prawie całą prawą stronę twarzy, zamknął prawe oko i posuwał się ku stronie lewej. Równocześnie zjawiły się po lewej stronie ciała drgawki w ręce, nodze i na twarzy (Jackson). Przytomność przez pierwsze 10 dni choroby zupełnie zachowana, później zaczęła chwilami zanikać. Wreszcie na 2 dni przed śmiercią zjawiły się na skórze twarzy i rąk krosty, z początku tylko 4, a potem coraz liczniejsze. Jeszcze na kilkanaście godzin przed śmiercią stwierdzono powstawanie nowych. Na czerwonej obwódce, wielkości paznokcia, wykwitał pęcherzyk wypukły, ropą wypełniony. Krosty te pozwoliły z zupełną pewnością rozpoznać nosaciznę tym, którzy takiesame krosty widzieli przy nosaciznie na oddziale zakaźnym. Wtedy wstrzyknięto w ciągu 2 dni 70 cm³ surowicy Noniewicza bez żadnego skutku. Ostatnie 36 godzin był chory zupełnie nieprzytomny. Zmarł w poniedziałek wielkanocny (13. IV) o godzinie 1 w nocy.

Ś. p. Stanisław Droba urodził się w r. 1870 w Tarnowcu, w powiecie jasielskim, w Galicyi. Do szkół ludowych chodził w Mielcu, do gimnazyum w Jaśle. Od początku nauk gimnazyalnych utrzymywał się własną tylko pracą. W r. 1890 zapisał się na Wydział lekarski w Krakowie, odbył służbę wojskową i w r. 1896 otrzymał stopień doktora wszech nauk lekarskich. W czasach uniwersyteckich brał żywy udział w życiu społecznem i politycznem młodzieży i zajął wśród niej wybitne stanowisko. Dar wymowy, nieposzlakowana prawość i zalety towarzyskie jednały mu umysły. Przez rok był prezesem Towarzystwa bratniej pomocy uczniów U. J. Po doktoracie wstąpił do szpitala św. Łazarza i pracował głównie na oddziale chirurgicznym Prof. Obalińskiego. Następnie przeszedł do kliniki chirurgicznej, gdzie został z czasem II. asystentem. Tak kształcił się początkowo przez kilka lat w chirurgii pod kierunkiem profesorów Obalińskiego, Rutkowskiego i Kadera, a wolniejsze chwile obracał na pogłębienie i rozszerzenie swej wiedzy, pracując między innemi gorliwie w zakresie histologii patologicznej. W roku 1900 wystąpił z kliniki i odtąd poświęcił się głównie pracom z zakresu bakteryologii. Przez kilka lat był asystentem w zakładzie mikrobiologii Prof. Nowaka. W roku 1904 został przez Wydział lekarski Uniw. Jagiell. przedstawiony na docenta bakteryologii i zatwierdzony przez Ministerstwo w grudniu tegoż roku. Z początkiem r. 1905 otrzymał kierownictwo, a pó-

źniej prymaryat oddziału chorób zakaźnych w szpitalu św. Łazarza i na tem stanowisku pozostawał aż do śmierci, równocześnie prowadząc rządową stacyę bakteryologiczną.

W 1905 został delegowany wraz z Drem Pawłem Kučerą (wówczas docentem) ze Lwowa do zbadania epidemii nagminnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych w Galicyi. Wynikiem tych badań była praca obu uczonych, najlepsza, jaką posiada bakteryologiczna i epidemiologiczna literatura polska o nagminnem zapaleniu opon i mogąca iść w porównanie z najlepszemi pracami zagranicznych autorów o tej chorobie. Wtedy jeszcze wielu bakteryologów powątpiewało w znaczenie przyczynowe ziarenkowców Weichselbauma. Droba i Kučera udowodnili, że bez tych ziarenkowców niema nagminnego zapalenia opon i naodwrót, że ziarenkowce te znajdują się tylko u osób, które stykały się z chorymi lub przenosicielami choroby.

Ś. p. Droba przebywał kilka razy zagranicą dla studyów. Dwa razy był w Paryżu (w latach 1901—1903) i pracował z ogromnym zapałem i wytrwałością u profesorów van Tieghema, Blancharda i Miecznikowa nad pierwotniakami i systematyką bakteryi, glonów i grzybów. W r. 1912 wysłany został przez Wydział krajowy w celu zwiedzenia zagranicznych szpitali dla chorób zakaźnych. Z tej podróży przywiózł plon bardzo obfity: sprawozdanie, przedstawione przez niego Wydziałowi krajowemu, tworzy spory tom, pełen spostrzeżeń, szkiców i wniosków, które koniecznie powinny być zużytkowane.

Niezmiernie wyczerpująca praca od wczesnych lat życia, które mu nigdy nie płynęło po różach, nadwątliła jego zdrowie, ale nie osłabiła energii, chęci służenia społeczeństwu i gorliwości w pracy.

Prace naukowe zaczął ś. p. Droba ogłaszać od r. 1899. Były to z początku prace z zakresu chirurgii, w których jednak zwracał zawsze uwagę na stronę bakteryologiczną. W późniejszych jego pracach strona bakteryologiczna stała się głównym tematem. Dużo trudów poświęcił badaniom nad prątkiem gruźliczym. Zdaje się, że te badania uważał za najważniejsze ze swoich prac. Jego dzieło: »Ogólny zarys bakteryologii«, (wydane w »Komentarzu do farmakopei«, obecnie wyczerpanym, a jako osobna książka niestety nie wydane), jest właściwie jedynym oryginalnym polskim podręcznikiem bakteryologii, jaki posiadamy.

Ś. p. Droba poległ na stanowisku. Zginął jako ofiara swego zawodu, jak to u lekarzy nierzadko się zdarza. Śmierć jego wywołała tem większe wrażenie, że umarł na nosaciznę, której groza i nielekarzom jest znana. Towarzyszy mu powszechny żal tych, którzy go znali i bliżej z nim żyli. To był człowiek, który spełnił swój obowiązek: niech myśl o tem będzie osłodą w tym żalu.

Doc. Dr Roman Nitsch.

Spis prac drukiem ogłoszonych:

1. Przyczynek do chirurgii dróg żółciowych na podstawie materyału Prof. Dra Alfreda Obalińskiego (Zbiór prac ku uczczeniu pamięci Prof. Obalińskiego 1899).
2. Prątek durowy w stosunku do kamicy żółciowej (Przegl. lek. 1899).
3. Tosamo po niemiecku (Wien. klin. Wochs. 1899).
4. Sprawozdanie z IX. Zjazdu chirurgów polskich w Krakowie (Przegl. lek. 1899).
5. Gruźlica stawów i kości pod względem bakteryologicznym, anatomopatologicznym i klinicznym na podstawie przypadków, opracowanych w klinice chirurgicznej krak. w roku szk. 1898/9 (Przegl. lek. 1899).
6. O tworach olbrzymich w tkankach gruźliczych (Akad. Um. 1901 i Przegl. lek. 1901).
7. Tosamo po niemiecku (Bulletin int. de l'Acad. d. Sc. Cracovie 1901).
8. Pierwsza pomoc w nagłych przypadkach i ważniejsze zabiegi chirurgiczne (Kalendarz lek. krak. 1901).
9. Die Stellung des Tuberkuloseerregers im System der Pilze (Vorl. Mitteil. Bull. int. de l'Acad. Sc. Cracovie 1901).
10. Badania nad mieszanem zakażeniem w gruźlicy płuc i nad udziałem w niem beztlenowych drobnoustrojów (Akad. Um. Kraków 1904).
11. Tosamo po niemiecku (tamże).
12. Badania epidemii zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych w Galicyi w r. 1905 (wspólnie z Drem Pawłem Kucerą. Rocznik lek. 1906 t. I).
13. Tosamo po niemiecku (Das österr. Sanitätswesen 1906).
14. Ogólny zarys bakteryologii z uwzględnieniem potrzeb farmacyi. (Komentarz do VIII. wydania farmakopei austryackiej. Część bakteryologiczna). Kraków 1907, str. 242 z wielu rycinami i 2 tablicami kolorowemi.

Z oddziału chorób wewnętrz. szpitala krajowego w Sarajewie.

Kilka uwag i spostrzeżeń o nerwicach wegetatywnych.

Skreślił

Prof. Dr L. Korczyński.

(Ciąg dalszy).

Gdybyśmy pospolite przypadki autonomicznej nerwicy żołądka, podobne do streszczonych, chcieli bliżej ocenić ze względu na bezpośrednią przyczynę objawów, to należałoby odwołać się do dwóch zboczeń, do zboczeń wydzielniczych i ruchowych. Pierwsze polegają na nadmiernem wydzielaniu soku żołądkowego, i to nadmiernem tak pod względem zawartości kwasu solnego, jako też wprost co do ilości. Wynik badania treści żołądkowej, zwymiotowanej przez pierwszego chorego po wstrzyknięciu pilokarpiny, uprawnia do twierdzenia, że czynność gruczołów, wytwarzających śluz, może być także wzmożona. Nadmierna kwaśność treści pokarmowej w żołądku nie może sama przez się wywoływać bólów, na które tak bardzo się żalili nasi chorzy. Ból jest dopiero dalszem pośredniem jej następstwem, powstaje skutkiem kurczu wpustu, odźwiernika, albo obydwóch razem. Od siły i trwałości kurczu zależy stopień i długość trwania bolu. Poza tem liczyć się jeszcze musimy z samym żołądkiem, z jego mięśniową ścianą. W chwili, kiedy pokarm wchodzi do żołądka, muszą się te ściany nieco rozsunąć. I tak się też dzieje. Ale wnet zwierają się znowu i obejmują sobą zawartość żołądka. Wszak chodzi o to, aby pokarm napoił się rozczynem zaczynów, a na to trzeba ścisłego o ile możności zetknięcia się z błoną śluzową, która te zaczyny wydziela. To obejmowanie (Umschichtungsprozess, jak je nazywają autorowie niemieccy) zależy od stałego napięcia błony mięsnej i odbywa się stopniowo, postępuje od góry

przez część wpustową i dno żołądka ku części odźwiernikowej. Otóż, o ile napięcie (tonus) żołądka jest niezwykle wzmożone, to ściany jego chwytają treść, z wielką siłą, obkurczają się około niej i przytrzymują ją zbyt długo w jednem miejscu Już przez to samo mogą powstawać niemiłe uczucia ściskania. Poza tem toczą się jednak ściany żołądka ruchem robaczkowym, a przy podnieceniu autonomicznem jest ten ruch także nazbyt silny. I w nim możemy upatrywać dalszą przyczynę t. zw. kardialgicznych bólów. Szczegóły te można spostrzegać dokładnie przy prześwietlaniu na ekranie i śledzić zmiany kształtów żołądka, zawierającego w sobie treść pokarmową.

Kiedy się czyta lub słyszy opisy przypadków wagotonii żołądka, odnosi się wrażenie, że rozpoznanie choroby jest zupełnie proste i łatwe, że niepodobna wprost popełnić pomyłki rozpoznawczej. Nie należy poddawać się temu złudzeniu. Rozstrzygnięcie o przyrodzie cierpienia bywa niekiedy bardzo trudne. I używać trzeba wszystkich sposobów badania, jakimi rozporządzać możemy, aby osiągnąć pewność co do rozpoznania. Niejednokrotnie mylili się bardzo wytrawni znawcy patologii żołądka. Pamiętać trzeba równie i o tem, że u chorych na wrzód żołądka lub dwunastnicy istnieją nierzadko znamiona podniecenia autonomicznego. Niedość więc stwierdzić niewątpliwe cechy wagotonii, z zasady trzeba się starać o stanowcze wyłączenie wrzodów. Tej zasady trzymam się zawsze i nie żałuję tego nigdy.

Mówiąc o nerwicach żołądka, mogliśmy się powołać na obszerne, zupełnie uporządkowane wykłady o tych chorobach. W innem cokolwiek położeniu znajdujemy się wobec nerwic jelitowych. Nie są one jeszcze tak powszechnie znane i nie mają, jeśli się tak wyrazić wolno, dawniejszej tradycyi klinicznej, względnie naukowej. I nie zdziwi to nikogo, jeśli wskażemy na tę okoliczność, że nasze fizyologiczne wiadomości o sprawach wydzielniczych i ruchowych jelit nie są jeszcze dostatecznie utrwalone. Badania, które się niemi zajmują w ostatnich latach przy zastosowaniu nowszych sposobów śledzenia czynności jelit, dostarczyły wprawdzie wiele i bardzo ważnych wiadomości, ale za skończone uważać ich nie można.

Z pośród tych nowszych badań zasługują na szczególną uwagę zeszłoroczne spostrzeżenia Bergmana i Katscha [11]), poczynione na zwierzętach przez t. zw. okienko brzuszne [12]), na ludziach zaś przez prześwietlanie promieniami Röntgena. Przynoszą one ważne wiadomości o ruchach, jakie się odbywają w kiszkach grubych wogóle a w szczególności, co nas bezpośrednio obchodzi, o zachowaniu się ruchów pod wpływem bodźców farmakodynamicznych sympatykotropijnych i wagotropijnych. Dowiadujemy się z tej pracy, że t. zw. wypuklenia okrężnicy (haustra) nie są bynajmniej pojęciem anatomicznem, lecz czysto fizyologicznem, że tworzą się, są wyrazem ruchu i zmieniają nietylko swój kształt, jak to utrzymuje G. Schwarz [13]), ale także i położenie. W warunkach prawidłowych odbywa się przez te zmiany ruch o pewnym rytmie, szybszym lub wolniejszym, kiszka wygląda, jakby dość gruby powróz, na który są nanizane wielkie korale, nieregularnego kształtu. Te korale drgają, kurczą się i rozkurczają, to znów posuwają długim szeregiem naprzód i w tył. Ten ostatni ruch jest wyrazem t. zw. antyperystaltyki, właściwej kiszkom grubym, od jelita ślepego począwszy, aż do okrężnicy zstępującej. Obraz zmienia się bardzo rychło pod wpływem bodźców, o których wspomnieliśmy wyżej. Po adrenalinie, wstrzykniętej wprost do żyły, ustają ruchy zupełnie na przeciąg 15—20 minut. Atropina działa jeszcze wyraźniej. Nietylko zatrzymuje ruchy, ale zmienia także doraźnie całe napięcie kiszek. Wypuklenia wygładzają się, stają się bardzo równe (isomorphia), kiszka rozszerza się, okrężnica poprzeczna opada ku dołowi, zamknięcie zastawki Bauhiniego wiotczeje. Mamy więc cechujący obraz niedowładu, atonii jelit. Zgoła inaczej przedstawia się sprawa po wstrzyknięciu pilokarpiny. Kiszka w całości sztywnieje poniekąd, wypuklenia wrzynają się głęboko, różnią się między sobą bardzo wyraźnie kształtem i wielkością (polymorphia), — ruchy stają się bardzo gwałtowne, szybkie, ale tracą równocześnie właściwy rytm fizyologiczny. I o ile to wzmożenie ruchów sprzyja posuwaniu się treści jelitowej, o tyle obkurczanie się nadmierne kiszki i nieporządek, wprost niemiarowość ruchów działają w odwrotnym kierunku. Ostateczny wynik zależy w każdym przypadku od tego, jaka czynność przeważa Ważną cechą podrażnienia kiszek przez trucizny autonomiczne jest dawniej już zresztą znane, bardzo obfite wydzielanie śluzu. Zadowolnimy się stwierdzeniem tych szczegółów i nie będziemy się zajmować streszczaniem wszystkich wiadomości, jakie posiadamy o ruchach kiszek. Z dziedziny wydzielniczej zasługują na uwagę i na powszechne uwzględnienie zapatrywania A. Schmidta [14]) o znaczeniu treści, podlegającej łatwo gniciu, wydzielanej przez błonę śluzową jelit, dla powstawania biegunek.

Wiedząc, jak podniety autonomiczne wpływają na kiszki, można niewątpliwie zgodzić się z tymi autorami, którzy dla niejednej sprawy jelitowej przyjmują tło nerwowe. I tak, jak mówimy o wagotonii żołądka, możemy również mówić o wagotonicznych nerwicach kiszek.

Najlżejszą postać tego rodzaju nerwic przedstawiają krótkotrwałe biegunki, powstające u niektórych osób, zazwyczaj wogóle bardzo wrażliwych, pod wpływem wzruszeń psychicznych lub zmysłowych. Bezpośrednia ich przyczyna leży w podrażnieniu ruchowem warstwy mięsnej i podrażnieniu wydzielniczem błony śluzowej, powstającem jako następstwo rozszerzenia naczyń krwionośnych. Przeciwieństwo ich do pewnego stopnia tworzy stan kurczowy kiszek, wiodący do powstawania kurczowego zaparcia stolca. Trzecią typową nerwicę kiszek przedstawia t. zw. kolka śluzowa, przebiegająca wśród napadowych bolów i odznaczająca się wydzielaniem obfitych ilości śluzu.

W przypadkach zupełnie typowych nietrudno rozpoznać każdą z tych nerwic. Zdarzają się jednak chorzy, u których sprawa nie przedstawia się zupełnie jasno, a objawy tak są niewyraźne, że naśladować mogą najrozmaitsze choroby. Zdarzają się nawet przypuszczenia wiądu rdzenia w początkowym okresie. Przypadek taki spostrzegałem

[11]) V. Bergmann i Katsch: Deutsche med. Wochenschrift 1913, Nr 27, str. 1294.

[12]) Sposób pomysłu Katscha, który polega na tem, że zwierzęciu wprawia się w powłoki brzuszne przejrzystą taflę celuloidową, przez którą można oglądać ruchy kiszek.

[13]) G. Schwarz: Verhandl. d. Röntgenkongresses in Berlin 23 April 1911.

przez szereg miesięcy w roku 1909, poczęści także na oddziale:

Wiktor W., lat 42, wyzn. rzymsko-kat., urzędnik kolejowy z Sarajewa, cierpi od dłuższego czasu (przeszło dwa lata) na napadowe bole w brzuchu, przeciągające się po kilka godzin. Napady zjawiają się w nieregularnych odstępach czasu, wogóle jednak często, zwykle co kilka, wyjątkowo co kilkanaście dni. Stolec stale zaparty. Chory radził się wielu lekarzy tutejszych, wreszcie pojechał do Wiednia z listem swego domowego lekarza, w którym lekarz ten wyraził przypuszczenie przełomów żołądkowych w toku rozpoczynającego się wiądu rdzenia i wrócił z potwierdzeniem tego przypuszczenia ze strony jednego z młodych, ogólnie znanych uniwersyteckich internistów. Na drugi dzień po powrocie miałem sposobność badać chorego u siebie w godzinie ordynacyjnej. Po zbadaniu zaproponowałem leczenie na oddziale, na co się chory zgodził i wstąpił do szpitala 10 maja 1909 r.

Najważniejsze szczegóły zbadania były następujące: Chory dobrze zbudowany, odżywienie podupadłe, skóra i błony śluzowe blade. Wyraz twarzy cierpiący. Źrenice wązkie, oddziałują leniwo na światło. Język obłożony, drży. Odruchu gardłowego nie można wywołać W narządzie oddechowym niema żadnych zmian. Podobnie w narządzie krążenia. Tętno równe, wolne, około 60 uderzeń w minucie. Brzuch płaski, wzdłuż przebiegu kiszki grubej wyraźnie tkliwy przy ucisku. Część zstępująca okrężnicy skurczona i wprost bolesna przy obmacywaniu. Badanie kiszki stolcowej palcem nie wykazuje zmian. Śledziona macalna pod łukiem żebrowym, brzeg jej twardy. Skład moczu prawidłowy. Odruchy mięśniowe wzmożone, odruch kolanowy tak słaby, że przy pobieżnem badaniu odnieść można wrażenie, iż nie ma go zupełnie. Zmian w czuciu nie ma.

Powiększenie śledziony oraz podanie chorego, że przebywał zimnicę, skłoniło do badania krwi. Nie dało ono podstaw do rozpoznawania zimnicy, ale za to nadarzyło sposobność do stwierdzenia, że we krwi znajduje się więcej ciałek eozynochłonnych.

Na podstawie tego badania można było przyjąć, że u chorego istnieje stan wygórowanego napięcia kiszek. W rozpoznaniu posunęliśmy się naprzód dopiero wtedy, gdy chory dostał zwykłego swojego napadu i wśród niego z małą ilością zbitego grudkowatego kału oddał dość sporo śluzu, w którym znajdowało się bardzo wiele eozynochłonnych leukocytów. Rozpoznaliśmy kolkę śluzową. Przy pożywieniu bezmięsnem, stosowaniu letnich wlewań do kiszek — słabe rozczyny soli kuchennej i sody, odwar z rumianku lub ze ślazu — oraz czopków z atropiny obok ciepłych kąpieli i podskórnych wstrzykiwań kakodylanu, sodowego poprawiał się stan chorego widocznie. W dniu opuszczenia oddziału, 19. 6. 1909, był stan tak dobry, że można było mówić prawie o wyleczeniu. Lekki i krótkotrwały nawrót wystąpił w jesieni. Po przeprowadzeniu tegosamego leczenia, tym razem już w domu, nastało ostateczne wyleczenie. Od tego czasu nie było już żadnych objawów kiszkowych. Dawny chory ma się zupełnie dobrze, wygląda wyśmienicie i z niebywałą wdzięcznością wspomina o swoim pobycie w szpitalu.

Jako przykład łagodnego i bardzo typowego przebiegu posłużyć może następujące spostrzeżenie:

K. P., żona wyższego urzędnika technicznego, lat 34, przebywała na oddziale od 19 do 22 listopada 1913 r.

W y w i a d y, spisane wprost przez chorą, opiewają: Choroba trwa już od bardzo wielu lat, co najmniej od dziesięciu. Przed 3 miesiącami wystąpiło stanowcze pogorszenie, rzekomo po poronieniu i po skrobaniu macicy. Bóle, które poprzednio były niezbyt wielkie, odznaczają się obecnie wielkiem nasileniem. Stolec zaparty, oddawanie stolca połączone z uczuciem kurczu w kiszce. Od czasu do czasu pojawia się obficie śluz, bądź to jako zbita szklista masa, bądź w postaci długich taśm i pasów. Chora czuje się stale zmęczoną, jest przytem chorobliwie wrażliwa, cierpi na uderzenia krwi do głowy. Najmniejsze wzruszenie wznieca przytem obfite wydzielanie potu i śliny. Z innych szczegółów wywiadowych zasługuje na uwagę wielka wrażliwość na chłód, która sprawia, że często powstają dreszczyki, po nich poty, po których pojawia się zaczerwienienie skóry i uczucie palenia. W młodych latach miała chora kilka razy napady skurczu akomodacyi. — Ściśle biorąc, wystarczyłyby już same wywiady do rozpoznania choroby.

Z b a d a n i a dodamy do nich: Budowa ciała dobra, odżywienie, o ile chodzi o podściółkę tłuszczową, nazbyt dobre, natomiast mięśnie słabo rozwinięte. Skóra zmienia barwę co chwila, czerwieni się, to blednie. W zachowaniu się chorej nie ma zupełnie rysów, właściwych histeryi. Spostrzeżenia, odnoszące się do swego stanu, opowiada chora spokojnie, zupełnie przedmiotowo, nie rozpływa się w żalach i w skargach. W narządach wewnętrznych niema zmian z wyjątkiem wyraźnej tkliwości wzdłuż kiszek grubych, najwyraźniejszej, podobnie jak w poprzednim przypadku, nad kiszką esowatą. Tętno zmienne, liczba tętna między 54—88. Parcie krwi, obliczone według v. Recklinghausena: średnie 96 m/m Hg, rozkurczowe 66 m/m Hg, skurczowe 133 m/m Hg. Odsetkowy skład ciałek białych: neutrochłonnych 57·3%, limfocytów i wielkich jednojądrzastych 30·4%, przejściowych 6·8%, eozynochłonnych 5·6%. Badanie kału potwierdziło zupełnie opowiadania chorej. W śluzie sporo eozynochłonnych leukocytów.

Po 0·005 gm pilokarpiny wystąpił silny odczyn w postaci obfitych potów, ślinienia, gwałtownego przelewania się w kiszkach — (»gewaltige Rumoren in den Gedärmen«, według wyrażenia chorej) — czemu towarzyszyły napływ krwi do głowy i zaczerwienienie twarzy, zawrót głowy, niepokój i nudności.

Po stwierdzeniu tych szczegółów polecono chorej leczenie podobne, jak w poprzednim przypadku. Już po 2 tygodniach nastała znaczna poprawa, wydzielanie śluzu zmniejszyło się znacznie, bóle pojawiają się jeszcze, ale w łagodnej tylko postaci.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Sprawozdania.

Rzut oka na operacyjne leczenie raków.

Sprawozdanie poglądowe.

Podał

Dr Adolf Klęsk.

Wyniki ogólne operacyjnego leczenia raków nie uległy niestety w ostatnich czasach wybitnej zmianie na lepsze. Składa się na to kilka przyczyn.

O ile z jednej strony operujemy obecnie pewniej, rozleglej, t. j. doszczętniej, częściej i wcześniej, o tyle z drugiej strony, właśnie dzięki postępowi techniki, przypuszczamy do operacyi obecnie i przypadki cięższe, dawniej uznawane za nie nadające się do operacyi, a zwłaszcza ufni w korzystne nieraz działanie promieni Röntgena, radu, toru itd., operujemy obecnie nieraz »i l e m o ż n o ś c i w zdrowych granicach«, licząc na to, że następowe leczenie zniszczy do reszty gniazda rakowe ew. pozostałe w ustroju. Nowsze sposoby leczenia nieraz mają nawet ten skutek, że nowotwór, na razie zupełnie do operacyi się nie nadający, z czasem czynią podatnym do operacyi i zabiegu na nim się

dokonuje. Już te same powody muszą pogarszać ogólną statystykę, zwłaszcza że statystyka rakowa jest niestety bardzo dowolną i jeszcze, mimo usiłowań towarzystw zwalczania raka, nie uzyskaliśmy pod tym względem jednolitości. Jeżeli jeszcze dodamy do tego, że różni operatorzy pojmują bardzo rozmaicie nadawanie się nowotworów do operacyi, to nie zdziwi nikogo, że w statystykach spotykamy nieraz uderzające różnice. Jeden n. p. twierdzi, że zaledwo w 10% miał zupełne wyleczenia, drugi znów, że tylko w 10% ich nie miał.

W pracy niniejszej zamierzam odpowiedzieć na następujące pytania:

1) Czy doświadczenie ogólne, a chirurgów w szczególności, przemawia za tem, że rak staje się coraz to częstszą chorobą?

2) Czy wyniki operacyi raków są obecnie lepsze, niż dawniej?

3) Jak przedstawia się sprawa nawrotów raka po operacyi?

Co do częstości raka, to zdaje się nie ulegać wątpliwości, że rak obecnie jest cierpieniem częstszem, niż dawniej. Wprawdzie nikt nie zaprzeczy, że zwiększa się obecnie ludność po miastach, że raka rozpoznaje się lepiej, że lekarze badają zwłoki i t. d., powody te jednak nie mogą wytłómaczyć znacznie zwiększonej liczby schorzeń na raka w porównaniu z innemi chorobami, co do których zachodzą takiesame okoliczności.

Tak n. p. zwiększania się liczby przypadków raka dowodzą liczby zestawione rok po roku, których narastanie nie może być odniesione jedynie do wspomnianych przyczyn.

Według rządowego zestawienia umarło w jednym kwartale w Prusach na raka osób: w r. 1910 — 7103, 1911 — 7267, 1912 — 7407, 1913 — 7782.

Również i w materyale sekcyjnym Berlina stwierdził zwiększenie się liczby raków Orth (Berl. kl. Woch. 1909, 13), porównując swoją statystykę ze statystyką Virchowa.

»72 Annual Report of Register General in England and Wales« podaje, że od roku 1869—1909 śmiertelność z powodu raka wzrosła w Anglii w dwójnasób, i to wszystkich postaci raka, mimo to, że od tego czasu częstość skutecznych operacyi bardzo się zwiększyła.

Podług Theilhabera (Tow. gin., Frankfurt 1909) w Monachium do roku 1875 umierało na raka 8 osób na 10.000 mieszkańców, a w roku 1909 umarło 16 na 10.000. W Norwegii podług Geirsvolda (Nord. med. Arch. 1902) w r. 1865 umierało na raka osób 2 na 10.000, w r. 1907 zaś 8 na 10.000. Przez ten czas liczba lekarzy zwiększyła się dwa razy. Podług Wernera (Münch. med. Woch. 1911, 44) od roku 1883 do 1907 śmiertelność w Bawaryi z powodu raka zwiększyła się o $^{1}/_{3}$ ogólnej liczby. W Monachium wynosi ona również około 10 na 10.000.

Towarzystwa ubezpieczeń na życie wykazują, że liczba schorzeń na raka ogólnie się zwiększa, ale w niektórych grupach ludzi naodwrót zmniejsza się, a należą tu przedewszystkiem abstynenci, którzy żyją zwykle bardzo higienicznie. Podług Dollingera na Węgrzech wypada średnio 42 przypadków raka na 10.000 mieszkańców, a zgonów 8·15 na 10.000. Statystyka ta zgodna jest zatem zupełnie z obliczeniem norwegskiem.

Celli w Rzymie wykazał graficznie stałe zwiększanie się śmiertelności na raka we Włoszech.

Bashford w swym słynnym odczycie w Berlinie (r. 1912) twierdzi, że obecnie co piąty mężczyzna, a co siódma kobieta cierpi na raka. W rodzinach złożonych z 5 członków występuje rak w 51%. Podług tegoż autora w r. 1866 na milion ludzi było 480 przypadków raka, obecnie zaś 1008.

Jak wspominaliśmy, odnoszą niektórzy to pozorne, ich zdaniem, zwiększenie się liczby raków do lepszego obecnie rozpoznania raka. Niestety klinika tego nie potwierdza.

I obecnie bowiem jeszcze bardzo często nie rozpoznajemy raka, a wszystkie podane odczyny raka zwykle udają się dopiero wtedy, gdy rak jest już uogólnionym. Podług statystyki raka w Pensylwanii lekarze niemal w 20% nie rozpoznają jeszcze obecnie raka. Podług Bashforda odsetek ten wynosi przy rakach narządów wewnętrznych 37·8%. Riechelmann twierdzi, że w szpitalach nie rozpoznaje się raka w 22%, a w praktyce domowej pewnie jeszcze częściej. Wątpię bardzo, by cyfry te dawniej były o wiele gorsze, a z pewnością nie mogły one iść w parze ze zwiększeniem się ilości schorzeń na raka, lecz obecnie jest on chyba cierpieniem częstszem.

Dalej zaznaczyć musimy, że taksamo zwiększyła się liczba raków zewnętrznych, których rozpoznanie nie jest przecież zbyt trudne. Wreszcie stwierdzono, że rak zjawia się obecnie coraz to częściej u osób młodych.

Czy wyniki operacyi raków są obecnie lepsze, niż dawniej? Na początku niniejszego sprawozdania poruszyliśmy już to pytanie z innego stanowiska. Obecnie omówimy statystyczne dane chirurgów. Jednym z najczęstszych i statystycznie najlepiej może, bo dość jednolicie opracowanych raków, jest rak sutka.

Podajemy tu bardzo znamienne zestawienie wyników operacyi raka sutka różnych chirurgów w porządku chronologicznym:

chirurg	data	wyleczeń
Esmarch	1850—1878	11·7%
Billroth	1867—1876	4·7%
Mikulicz	1871—1878	9%
Volkmann	1874—1878	11%
Gussenbauer	1878—1888	16·7%
König	1875—1885	22·5%
Krönlein	1881—1893	19·4%
Angerer	1890—1900	16·9%
Albert	1890—1900	25%
Bergmann	1882—1899	28·7%
Eiselsberg	1896—1900	22·7%

Widzimy z tego, że do roku 1880 odsetek stałych wyleczeń nie przekroczył liczby 20%, a przekracza 20% między rokiem 1880 a 1900. Jest tu więc postęp widoczny, ale nie bardzo znów znaczny. A jakże przedstawiają się obecne statystyki? Niestety są one tak rozmaite, że porównywać je trudno; zaprzeczyć się jednak nie da, że obecny odsetek zupełnych wyleczeń (choć i to pojęcie uległo zmianom, o czem poniżej) jest przy raku sutka znacznie większy. Wynosi on bowiem podług większości statystyk niemal 40%, chociaż nie brak i takich, którzy obliczają go zaledwo na dwadzieścia kilka (Guleke, Schmidt, Finsterer, Schwarzkopf, Wunderli). Depage (II międzynar. Zjazd. chir.) podaje go na 46·5%, natomiast Henry tylko na 7%. Naturalną jest rzeczą, że ten chirurg, który dobiera przypadki, będzie miał odsetek wyleczeń większy, ten zaś, który operuje wszystko, — mniejszy. I z tego też powodu statystyki nasze kuleją, bo nie mamy tu żadnego prawidła. Co do raka sutka, to możnaby się trzymać schematu Steinthala. Dzieli on raki sutka na trzy grupy: 1) Guzy rosnące wolno, ze skórą nie zrosłe, gruczoły sąsiednie małe. 2) Guzy rosnące szybciej, zrosłe ze skórą, gruczoły pachowe duże. 3) Guzy rosnące bardzo szybko, zajęcie gruczołów nadobojczykowych. Podług Steinthala grupa pierwsza daje po operacyi 75% wyleczeń, druga 30%, trzeciej nie warto operować, bo zaraz tworzą się nawroty (Beitr. z. kl. Chir. t. 46 Spl.). Mniej więcej 10% przypadków nie nadaje się już do operacyi (Schwarzkopf, Beitr. z. kl. Chir. 80. II). Do grupy pierwszej należą n. p. raki sutka u osób starszych, pozostające nieraz latami na jednym stopniu.

Przy rakach innych narządów takich ogólnych danych nie mamy, a nawet granice nadawania się raków do operacyi pojmowane są przez operatorów bardzo różnie. Czerny w swym odczycie w Uranii (5. III. 1913) podał następującą statystykę trwałych wyleczeń po operacyach raka: raki skórne 80—90% wyleczeń, raki sutka 40% wyleczeń, raki żołądka i jelit 20—30% wyleczeń.

Jeżeli porównamy teraz wyniki nieoperacyjnego leczenia raków, to przekonamy się, że różnica jest tutaj obecnie jeszcze ogromna. Wprawdzie Nahmacher (Med. Klin. 1911 Nr 41) twierdzi, że przy rakach skórnych można radem osiągnąć 93·5% wyleczeń (!), jednakże podług zdania wielu innych wcale tak nie jest, a wiele rzekomych wyleczeń uważać należy za chwilowe tylko przygaśnięcie rozwoju raka. Zdania tego broni n. p. Rehn. Piorunowanie raka daje w najlepszym razie 8% wyleczeń, a 50% wybitnych popraw, nieraz zresztą długotrwałych. Czerny osiąga swymi różnymi sposobami leczenia w 13% wygaśnięcie sprawy, równające się wyleczeniu. Dodać tu jednak zaraz musimy, że sposobami tymi leczy się przeważnie w przypadkach rozpaczliwych, przy rozległych nawrotach i t. p., lub po operacyach częściowych n. p. wyskrobaniu i t. p., a wreszcie raki szczególnie złośliwe, jak n. p. raki jamy ustnej, języka i t. p. Tak n. p. Schindler (Med. Klin. 1913 Nr 49) zaleca bardzo przy rakach jamy ustnej (które dają zwykle smutne rokowanie po operacyi) leczenie radem. Przy leczeniu nieoperacyjnem, względnie niedoszczętnem, wprowadzono obecnie nawet nowe określenie, mianowicie: »poprawa stała«, nie chcąc przesądzać, czy jest to wyleczenie istotne. Statystykę operacyjną raka wargi zebrał Janowsky (Arch. Lang. 65, II. 1902) i podaje odsetek wyleczeń na 49%. Co do raka macicy, to ciekawe zestawienie podaje z kliniki kobiecej lipskiej Aulhorn (Tow. lek. Lipsk XI. 1910). Od r. 1887—1901 operowano drogą pochwy, przyczem było wyleczeń trwałych 36·6%, od r. 1901 do 1909 operowano drogą brzuszną, zyskując wyleczeń trwałych 51%. Seitz (Heg. Beitr. f. Geb. i t. d. XIV) liczbę trwałych wyleczeń po raku macicy podaje na 36%. Przy raku twarzy według Wörnera do r. 1886 osiągano 28·1% trwałych wyleczeń, obecnie zaś 60—80%. Co do raka odbytnicy, to na podstawie zestawienia z niemieckich klinik podaje Krönlein następujące liczby: od r. 1873 do 1899 wyleczeń stałych 14·8%, obecnie zaś około 30%. Co do raków żołądka Weil (Brl. kl. W 1913 Nr 9) podaje bardzo smutne liczby, od 2—3% wyleczeń.

Widzimy z tego, że trwałe wyniki po doszczętnej operacyi raków nie przekraczają średnio 40%. Niektóre raki dają zawsze złe wyniki, bo się operuje późno ze względu na ukryte położenie i trudne warunki operacyi, lecz są i takie raki, które są łatwo dostępne, a mimo to zwykle bardzo złośliwe (n. p. rak ust, języka i t. p.).

Przechodzimy obecnie do sprawy nawrotów.

I tutaj historyczne zestawienie daje nam wiele ciekawych faktów. Volkmann uznał swego czasu termin trzechletni, jako kryteryum skuteczności operacyi. W ostatnich jednak czasach przedłużono ten termin do lat pięciu. A jednak nie brak wskazówek, że i ten termin nie daje bezwzględnej pewności, że rak został gruntownie i na zawsze usunięty z ustroju. Wiemy, że w miarę czasu po operacyi odsetek nawrotów zmniejsza się. Gejnac (Rus. Wracz 1902 Nr 44) zestawił to, jak następuje: W pierwszym roku po operacyi nawroty występują w 45·9%, po roku do trzech lat w 37·7%, po 3 latach w 15%. Jordan (D. m. W. 1904 Nr 25) spostrzegał nawrót po operacyi raka sutka w 15 lat, a po operacyi języka w 19 lat.

Cameron (Brt. m. J. 6. III. 1909) spostrzegał nawrót po operacyi raka sutka nawet w 27 lat (?). W jednym przypadku w 11½ lat po odjęciu sutka wystąpił rak odbytnicy, lecz o innej budowie (co można tłomaczyć zupełnie niezależnie powstałą sprawą). W trzecim wreszcie przypadku w 9 lat po odjęciu sutka wykazano przy złamaniu uda tamże przerzut [1]). Opisywano też przypadki, w których po odjęciu sutka pojawiał się w kilka lub kilkanaście lat rak w drugim sutku.

Ciekawy fakt podał na II. międzynarodowym Zjeździe chirurgów Depage. Z zestawień swoich przekonał się on, że koło roku 1875 nawroty w miejscu operacyi (głównie przy sutku) wydarzały się w 75% ogólnej liczby, a dalsze w 7·5%, obecnie zaś nawroty miejscowe wydarzają się w 29%, a dalsze w 23%. Fakt ten Depage tłomaczy lepszą obecnie techniką operacyi, a dalej tem, że dawniej chorzy umierali wskutek nawrotów wcześniej, tak, że poprostu nie było czasu na wytworzenie się dalszych przerzutów, czy nawrotów.

Dalej klinika pouczyła nas, że nawroty i przerzuty bywają nieraz złośliwsze od nowotworu pierwotnego.

Pomiędzy pewnymi narządami w stosunku do raka może istnieć związek, i to albo dodatni, albo ujemny. Dodatni objawia się tem, że albo rak pewnego narządu tworzy szczególnie często przerzuty w drugim narządzie, lub też że czynność pewnego narządu może wpływać podniecająco na rozwój raka. Stosunek ujemny objawia się znów naodwrót tem, że czynność pewnego narządu wpływa ujemnie na wzrost raka lub to ujemne działanie występuje wyraźnie po ustaniu czynności tego narządu. Oberndorfer (Tow. lek. Monachium II. 1908) zwrócił n. p. uwagę, że przerzuty raka w kościach występują najczęściej przy raku stercza, sutka i tarczycy, i to jeszcze w ten sposób, że przy raku tarczycy kość ulega zniszczeniu, a przy innych naodwrót pobudzeniu do wzrostu, o czem wspomina także Recklinghausen. Simmonds (Münch. med. Woch. 1914, Nr 4) przekonał się o bardzo częstych przerzutach raka, w przysadce mózgowej przy nowotworach sutka, przyczem nieraz zjawia się także cukrzyca wrzekoma. Raki płuc tworzą często przerzuty w mózgu i t. d.

Związki takie spostrzegamy też nieraz przy raku sutka. Rak sutka może przybrać zatrważający przebieg w ciąży lub przy karmieniu (mastitis carcinomatosa), a naodwrót u kobiet w podeszłym wieku, u których czynność jajnika ustała, raki sutka przybierają nieraz postać bardzo łagodną. W tej też myśli za radą Beatsona z Glasgowa stosowano zwłaszcza w Anglii wycinanie jajników przy nawrotach, lub, jak Morisson, równocześnie z odjęciem sutka u osób nawet młodych. Lett zebrał 99 przypadków nieoperowanego raka sutka, leczonego wytrzebieniem. Z tego w 23·3% nastąpiła poprawa (w 13·1% nawet bardzo wielka). Jeżeli wytrzebienia dokonano przed 50. rokiem życia, to wynik był jeszcze lepszy.

Klinika i autopsye pouczyły także, że pewne raki tworzą przerzuty niemal zawsze, inne zaś rzadko, i to nietylko zależnie od swej budowy, ale także i zależnie od siedziby. Tak n. p. Mielecki (Zt. f. Kreb. 13. III) podaje, że raki skóry, pęcherza, szczęki górnej, trzustki, przełyku i macicy prawie w 50% nie tworzą przerzutów, inne natomiast, jak sutka, płuc i t. p. prawie zawsze je tworzą. Im osobnik starszy, tem zwykle liczba przerzutów jest mniejsza. Tak zwane charłactwo rakowe nie jest wcale szczególną cechą raka, bo często go brak, mimo że nowotwór jest bardzo duży i wytworzył już przerzuty. Występuje ono zwykle w razie ropnia lub zgorzeli nowotworu, lub też przy mechanicznym wpływie guza nowotworowego na ważne dla życia narządy.

Tak zwane samowyleczenie się raków mimo zaprzeczeń ze strony wielu badaczy nie da się jednak wykluczyć, a Bashford oblicza je nawet na 1%, co jednak bezwarunkowo jest przesadą. Te samowyleczenia spostrzega się nieraz po operacyach niedoszczętnych (n. p. wyskrobaniach przy raku macicy), dalej po przebyciu chorób zakaźnych gorączkowych, a w ostatnich czasach Theilhaber i Edelberg zwrócili uwagę, że nieraz rak znika po dużych utratach krwi, tak że nawet w przypadkach rozpaczliwych nawrotów radzą oni próbować wielkich upustów krwi. W kierunku samoleczenia działają nasze obecne nieoperacyjne sposoby leczenia światłem, elektrycznością, arsenem, krzemem, salicylem, chininą, a wreszcie drogą krwi. Modna obecnie chemoterapia z jednej strony zwiększa autolizę ko-

[1]) W przypadkach powyższych usunięto tylko sutek bez wypaproszenia pachy.

mórek rakowych, a z drugiej wywołuje niedokrwienie i złe odżywienie tkanki rakowej. Do tego celu używa się obecnie także metali ciężkich, a Caspari (3 międzyn. Zjazd rak. Bruksela 1913) zauważył przytem fakt, że jedne raki są zupełnie odporne, na metale inne zaś nie. Stosowanie zabiegów chirurgicznych opiera się na przekonaniu, że rak w początkach jest cierpieniem miejscowem, a nie chorobą ogólną. Nawet w razie tworzenia się przerzutów lub nawrotów walczymy z rakiem miejscowo i zaprzeczyć się nie da, że niekiedy przecież w końcu nóż chirurga odnosi zwycięstwo. Niestety jednak nie brak faktów, wskazujących, że rak nieraz niemal od samego początku jest już chorobą ogólną i że wtedy miejscowe wycięcie guza niewiele pomaga, a nawet nieraz wprost pobudza do tworzenia się przerzutów i uogólnienia się nowotworu. Pamiętam dobrze inauguracyjny wykład jednego z naszych chirurgów, w którym oświadczył on, że chirurgia w sprawie operacyi nowotworów straci wiele z obecnego zakresu, bo musi nadejść czas leczenia nowotworów bez noża. A dodam tu, że tenże chirurg w praktyce należy właśnie do najgorętszych i najradykalniejszych operatorów raka.

W życiu często musimy postępować nawet wbrew naszemu przekonaniu o skuteczności naszych dążeń. Wszakże i żołnierz na straconym posterunku także walczy do ostatniej kropli krwi, choć nieraz ani na chwilę nie przypuszcza, by mógł zwyciężyć; ale honor i sumienie tak mu każą. I my też nieraz, operując raka, dobrze czujemy, z jak strasznym walczymy wrogiem i często łudzimy się tylko nadzieją, że chorego uratujemy. Słusznie jeden z mistrzów chirurgii zaznaczył, że operacya raka należy właśnie do tych, o których publiczność mówi, »że się udała«, t. j. chirurg trafił właśnie na chwilę stosowną.

Na szczęście przychodzą nam obecnie z pomocą po operacyi różne nowe sposoby leczenia raka i powinniśmy też dzisiaj zawsze z nich robić użytek, zwłaszcza że n. p. leczenie promieniami Röntgena jest teraz dostępne dla każdego chorego. Na razie przeto i nadal należy uważać nóż za jeden z najpewniejszych sposobów, jeżeli już nie leczenia, to przynajmniej usuwania raka, a ufając w pomagające następowemu leczeniu sposoby nieoperacyjne, należy podejmować zabiegi nawet u takich chorych, których dawniej nie operowaliśmy. Nie powinniśmy też odpychać od siebie chorych, którzy godzą się na usunięcie nowotworu, a n. p. nie zgadzają się na usunięcie gruczołów, lub żądają częściowego usunięcia nowotworu z zachowaniem danego narządu.

Nowoczesna chemoterapia budzi tu i ówdzie nadzieję, że znajdzie może sposób leczenia raka, kto wie, czy nie wcześniej, nim poznamy, czem jest rak właściwie. Wtedy też zwalczymy raka zupełnie, to jest usuniemy dziedziczne doń usposobienie, czego chirurgia niestety uczynić nie może. Rak zjawia się w całej pełni zwykle u osób starszych, które już przedtem wydały na świat potomstwo z ew. skazą rakową, a kto wie, czy mimo nawet wyleczenia chirurgicznego, nie pozostaje w ustroju owa skaza, którą ustrój przenosić może na potomstwo i którą, o ile istnieje, mogłoby usuwać jedynie szczepienie ochronne.

Uodpornianie przeciwko nowotworom od czasów Jensena zaprzątało ciągle umysły badaczy. Dotąd nie udało się uzyskać u zwierząt odporności przez stosowanie komórek martwych przed zaszczepieniem raka, a próby z wszelkiego rodzaju surowicami wypadają ujemnie. Emmerich i Scholl używali surowicy ludzi, którzy przebyli różę. Coley stosował wyciąg z paciorkowców i prątka krwawego, Doyen surowicę, uzyskaną zapomocą »micrococcus neoformans«, Schmidt t. zw. antimeristem (z hodowli pierwotniaków i mucor racemosus), Engel uodporniał świnki morskie surowicą osób rakowatych, a później surowicę tych świnek stosował u ludzi, Grünbaum wstrzykiwał przy raku macicy surowicę z klaczy, chorej na nabłoniaka pochwy, Delbert wstrzykuje operowanemu podskórnie jego własny nowotwór, Fichera stosuje w tym celu autolizaty guzów, a Hodenpyl płyn z jamy brzusznej chorego wyleczonego z raka. Podług Koenigsfelda (Med. Klin 1913 Nr 27) najlepsze jeszcze wyniki daje uodpornianie czynne, natomiast bierne pozostało dotąd bez skutku.

Do leczenia nowotworów autolizatami zachęca obecnie znowu gorąco Lunckenbein (M. m. W. 1914 Nr 1), i to nawet nietylko w przypadkach rozpaczliwych. Lunckenbein utrzymuje, że tym sposobem leczenia osiągał wyniki wcale dobre.

Sprawą zupełnie dotąd zagadkową jest t. zw. złośliwość nowotworów. Nieraz dwa klinicznie i anatomicznie zupełnie jednako przedstawiające się guzy, mimo to potem zupełnie inaczej przebiegają co do tak zwanej złośliwości. A nawet jeden i ten sam guz zachowuje się różnie, raz rośnie szybko, to znowu róść przestaje i t. p. Wprawdzie doświadczalnie udało się u zwierząt szczepionych zwiększać lub zmniejszać złośliwość nowotworów, nie rozjaśniło to nam jednak ani trochę tej sprawy u ludzi. Wiemy, że rak zwykle jest tem złośliwszy, im młodszy wiek chorego, wiemy że nawroty i przerzuty są zwykle złośliwsze, a na różne sposoby leczenia (n. p. promienie Röntgena, rad) znacznie nieraz odporniejsze, lecz na czem polega to zwiększenie złośliwości i odporności, niewiadomo.

Nowe sposoby leczenia pouczyły też, że taksamo napozór zbudowane raki zachowują się bardzo różnie względem pewnych środków czy też sposobów leczenia. Jedne n. p. są bardzo odporne na promienie Röntgena, inne znów podatne, podobnie na leczenie lekami, n. p. metalami, choliną, salwarsanem i t. p.

To różne zachowanie się nowotworów jest też często powodem, że nasze, niejako »szkolne« rokowanie nie sprawdza się. Zgłasza się do nas nieraz chory z typowym nowotworem, stwierdzonym nawet drobnowidowo, my proponujemy mu operacyę, przedstawiając grozę położenia, chory się na nią nie zgadza i parę lat mija, a guz wcale nie rośnie, ba nawet czasem zmniejsza się! Zwłaszcza spostrzegać to można przy mięsakach. Z tego też powodu kilku koryfeuszów chirurgii, a zwłaszcza Rovsing, zwątpiło w doniosłość badań drobnowidowych. Nieraz mikroskop poucza, że nie wycięliśmy nowotworu w całości, a mimo to chory miewa się latami znakomicie i śladu nowotworu niema. Tak zaś już przyzwyczailiśmy się do złego rokowania przy stwierdzeniu nowotworu złośliwego, że nie możemy wyjść z podziwu, jakim sposobem nowotwór nie rozwija się dalej.

A jednak fakta te świadczą tylko o tem, że stwierdzenie obecności guza złośliwego, to tylko może jeden objaw czy brak jego, w szeregu innych, daleko ważniejszych, od których zależy to coś, co właśnie rozstrzyga o dalszym losie chorego dotkniętego nowotworem. To coś, to właściwa przyczyna raka, której niestety nie znamy i której usunąć nie możemy. Ona to sprawia, że nawet najenergiczniejsze i najrozleglejsze zabiegi są nieraz bezskuteczne, a naodwrót, że ustrój daje sobie rady, choć część nowotworu w nim jeszcze i po operacyi pozostaje. To coś wywołuje przerzuty, a gdy ono zniknie, to i duży nowotwór może zniknąć »sam z siebie«, jak mówimy. Jeżeli chemoterapia skutkuje, to właśnie z tego powodu, że działa na tą nieznaną przyczynę. Owrzodzenie rakowe, gdy ta nieznana przyczyna zniknie z ustroju, można doskonale zagoić tak, jak każdy inny wrzód i nie brak doniesień o zagojeniu takich wrzodów nowotworowych chininą, arszenikiem, krzemem, salicylem, światłem słonecznem, i t. p.

Jeżeli obecnie wyjątkowo operujemy guzy kiłowe, to z pewnością w przyszłości tak samo będzie i z nowotworami.

Nowotwory powstałe wskutek pewnych podrażnień, działających na cały ustrój, są zwykle bardzo złośliwe. Za naszych czasów powstał n. p. nowy rodzaj raka, t. zw. rak rentgenowski, który cechuje właśnie wielka złośliwość, i to napewno z tego powodu, że przez rentgenizacyę albo przedwcześnie pobudziliśmy w ustroju działanie owej nieznanej przyczyny, lub też ją sztucznie wytworzyliśmy. Gdybyśmy

tę nieznaną przyczynę poznali, to wszystko dla nas byłoby jasnem, a więc i miejsca ulubione siedziby raka, zmiany jego złośliwości, znikanie, nawroty i t. p.

Temi kilku uwagami pragnąłem uzupełnić niejako statystyki leczenia operacyjnego raków. Chirurgia zrobiła to, co mogła, i bardzo jest wątpliwem, by wyniki leczenia chirurgicznego zbyt wiele się poprawiły w przyszłości; rak bowiem bezwarunkowo należy do cierpień, które leczyć trzeba ogólnie, chirurgia zaś na razie spełnia tu zadanie chwilowe, bo obecnie lepszego środka leczenia od niej nie znamy. Nieraz operuje się nawroty i po kilka razy i w końcu chorego się ratuje. Niejeden z nas jednakże odnieść tu musiał wrażenie, że to nie on sprawę wstrzymał w rozwoju, lecz że sama wygasła i chory żyje, mimo że przecież doskonale czujemy gruczoły, zgrubienia i t. p., które obecnie sprawiają wrażenie wygasłych niejako wulkanów.

Zapiski lecznicze, nowe leki, sposoby i narzędzia.

Doświadczenia z tuberkuliną Rosenbacha. (Ther. d. Geg. 1913, listopad). Tuberkulina Rosenbacha ma tę zaletę w porównaniu z innemi tuberkulinami, że jest mniej trująca. Dalsza zaleta leży w wielkiej wygodzie w stosowaniu, gdyż można wprost z flaszeczki naciągnąć odpowiednią ilość do strzykawki, nie potrzeba sporządzać rozcieńczeń. Wadą jest tylko wysoka cena; do przeprowadzenia jednorazowego leczenia potrzeba około 15 cm³ tuberkuliny, co kosztuje 15—20 marek. Działanie lecznicze tuberkuliny Rosenbacha jest według doświadczenia autora bardzo wybitne, w pewnych granicach oczywiście, gdyż, jak wiadomo, przetwór ten nie jest, jak zresztą żadna tuberkulina, idealnym środkiem leczniczym. Leczenie rozpoczyna się od wstrzykiwań ilości 0·1 cm³ i o ile nie wystąpią właściwe odczyny, zwiększa się dawki stopniowo do 1·5 cm. Już podniesienie się ciepłoty do 37·5° uważa się za odczyn. Wstrzykiwania robi się 3 razy tygodniowo, mianowicie śródmiąższowo w mięśnie grzbietu. Dawkę 1—5 cm³, jeśli się do niej dojdzie, podaje się jeszcze pewien czas i nagle przerywa się leczenie. Wstrzykiwania są czasem bolesne, chorzy znoszą je jednak dobrze. Większych miejscowych odczynów nie spostrzegano; czasem chorzy skarżyli się na brak apetytu, zawroty i lekkie oszołomienie, zresztą przejściowe. Kilkakrotnie spostrzegano wysypkę podobną do pokrzywki, względnie do płonicy. N.

Sprawy Towarzystw naukowych

Akademia Umiejętności w Krakowie.

Wydział matematyczno-przyrodniczy.

Posiedzenie d. 5 stycznia 1914.

Czł. A. Beck przedstawił pracę p. J. Rothfelda: **O wpływie doświadczalnych obrażeń rdzenia przedłużonego na odczyny ruchowe z przedsionkowego narządu ucha.**

Eksperymentalne obrażenia rdzenia przedłużonego w zakresie jądra Deitersa wywołują samoistne drżenie gałek ocznych (nystagmus), ich skośne ustawienie, patologiczne ustawienie głowy, zaburzenia równowagi ciała i ruchy przymusowe. Stopień nasilenia tych objawów zależy od umiejscowienia, jakoteż od wielkości obrażenia. Przy obrażeniach, znajdujących się w części przednio-ogonowej i środkowej jądra Deitersa, drżenie gałek ocznych i patologiczne ustawienie głowy mają kierunek ku tej stronie, po której znajduje się zranienie; drżenie jest poziome ze składową obrotową ku tyłowi (nystagmus horizontalis et rotatorius). Przy obrażeniach w częściach wyżej leżących, oralnych, drżenie zwrócone jest ku stronie zdrowej i jest drżeniem pionowem (nystagmus verticalis). Zaburzenia równowagi ciała występują w postaci samoistnych ruchów kołujących, w postaci padania i toczenia się ku stronie obrażenia. Badaniem błędnika można stwierdzić osłabienie i ubytki odczynów ocznych i odczynów ruchowych, mające swe źródło w przedsionku ucha. Najwybitniej zmienione są odczyny ruchowe po obracaniu zwierzęcia na krześle obrotowem przy ułożeniu normalnem głowy (odczyn kołowania) i przy głowie uniesionej o 90° ku górze (odczyn padania), obracanie przy ułożeniu bocznem głowy wywołuje mimo obrażeń odczyny typowe (bieg ku przodowi lub cofanie się ku tyłowi). Zakres jądra Deitersa wywiera zatem niewątpliwy wpływ na odczyny kołowania i padania, nie ma natomiast wpływu na odczyny, występujące po obracaniu przy bocznem ułożeniu głowy zwierzęcia; te dwa odczyny są prawdopodobnie umiejscowione w jądrach móżdżku. Obrażenia powrózka tylnego podłużnego wywołują objawy podobne, jak zranienia w zakresie jądra Deitersa i zależą od miejsca, w którem powrózek przecięto. Powrózek tylny podłużny przewodzi bodźce błędnikowe dla mięśni szyjnych, położonych po stronie przeciwległej uchu drażnionemu.

(Oprócz tego przedstawiono szereg prac z zakresu przyrodniczego).

Sekretarz zawiadomił o posiedzeniu komisyi antropologicznej, odbytem w d. 4 XII. 1913, na którem prof. Talko-Hryncewicz zdał sprawę z badań własnych, p. Frankowskiego, oraz z badań prof. Wrzoska, dokonanych wspólnie z p. Maryą Wrzoskową w lecie 1913.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z d. 28. I. 1914.

Obecnych 86 członków. Przewodniczy kol. Kader.

1. Prezes podaje wiadomość o śmierci Dra Festenburga i poświęca kilka słów pamięci zmarłego, których zebrani wysłuchali stojąc.

2. Odczytano protokół z poprzedniego posiedzenia.

3. Kol. Zaremba z Wadowic przedstawia operowany przypadek **wgniecenia kości ciemieniowej i krwiaka podoponowego.**

Chory, mający 24 lat, został 21. XII. 1913 uderzony kulą żelazną, obszytą w skórę i zwisającą na rzemieniu, w lewą okolicę ciemieniową, wskutek czego powstało dość płytkie wgniecenie sklepienia czaszki bez zranienia powłok skórnych. Po urazie stracił chory tylko na chwilę przytomność i upadł, przyszedł jednak zaraz do siebie i powrócił o własnych siłach do domu. Od pierwszej jednakowoż chwili stracił mowę. Odwiezienia następnego dnia do szpitala w Wadowicach, oraz wszystkiego, co się z nim działo w pierwszych dniach, nie pamięta. W dniu przyjęcia do szpitala stwierdzono prócz opisanego już wgniecenia kości ciemieniowej lewej, niedowład częściowy ręki prawej. Tętno wynosiło 54 na minutę. Na drugi dzień po przyjęciu do szpitala wystąpiły pierwsze drgawki w ręce porażonej i w prawej połowie twarzy, tętno opadło do 48 na minutę. W ciągu następnej doby drgawki wystąpiły 7 razy, a w dalszej dobie powtórzyły się 22 razy. Wystąpiły wyraźne porażenia prawej kończyny górnej i prawej połowy twarzy w czasie spokoju, przerywane coraz dłużej trwającemi drgawkami, połączonemi z sinicą twarzy, zupełną utratą przytomności i bezwiednem oddawaniem moczu i kału. Wobec tych groźniejszych objawów zdecydowałem się na wykonanie trepanacyi czaszki w piątym dniu pobytu chorego w szpitalu, a w szóstym po doznanym urazie. Wyciąwszy osteoplastyczny płat czworokątny szczypcami kostnemi Dalgrena,

obejmujący obwód nieco większy od wgniecenia, widocznego na czaszce, podważyłem i odłożyłem tę wyciętą kość w związku z częściami miękkiemi z szeroką szypułą ku dołowi. Po odchyleniu tego płata okazało się, iż wgniecenie było skutkiem wielokrotnego złamania, i to w kilku promieniach nierównych pęknięć, wychodzących od środka wgniecenia i pęknięć okrężnych. W 2 miejscach była blaszka wewnętrzna odłamana całkowicie, a odłamki te leżały wolno na oponie twardej, reszta zaś odłamków była złączona z płatem skórnym; troską moją zatem w czasie operacyi było związku tego nie uszkodzić. Opona twarda okazała się nigdzie nieuszkodzoną, natomiast w dolnym tylnym odcinku odkrytej prostokątnej powierzchni opony twardej przeświecała z pod niej niebieskawym odcieniem wybroczyna podoponowa. Rozciąłem zatem oponę twardą najprzód w kierunku poziomym, dołączając potem drugie cięcie w kierunku pionowym od tyłu tak, aby módz odchylić trójkątny płat opony twardej w odwrotnym kierunku, t. j. podstawą szerszą tego płata, ku twarzy chorego zwróconą. W ten sposób odkryłem przypuszczalnie część dolną $^1/_3$ średnią i górną część $^1/_3$ dolnej części przebiegu środkowej bruzdy mózgowej i zakrętów mózgowych, otaczających tę bruzdę, w której znajdują się ośrodki ruchowe dla kończyny górnej i dla twarzy. Pod wpływem ucisku nagromadzonej nad niemi krwi wystąpiły niezawodnie objawy stwierdzonego porażenia kończyny górnej i twarzy, niemoty i zwolnienia tętna, oraz podrażnienia kory mózgowej w postaci tak groźnych napadów drgawek. Równocześnie dało się spostrzedz, iż z pod tylnego brzegu rozciętej opony twardej wypływa wciąż ciemna krew znacznym strumieniem nieprzerwanym z przerwanego naczynia krwionośnego, przebiegającego wśród opony miękkiej. W miejsce to pomiędzy powierzchnię mózgu a oponę twardą wprowadziłem płaskim końcem zgłębnika szeroko rozłożony cienki tampon z gazy nowojodynowej, a prócz tego założyłem drugi tampon pomiędzy oponę twardą, a sklepienie czaszki. Krwawienie ustało, mimo że ucisk tamponami starałem się wywrzeć jaknajmniejszy, aby powierzchni mózgu nie uszkodzić i nie sprawić samym tamponem dalszych objawów ucisku mózgowego. Wyprowadziwszy wolne końce tamponów przez tylny dolny odcinek rany na zewnątrz, zeszyłem oponę twardą katgutem, pozostawiając tylko otwór, potrzebny do wypuszczenia dolnego tampona. Odłamki kości pogruchotanej wskutek pierwotnego wgniecenia na odchylonej odkrywce wyrównałem tak, aby stanowiły znowu prawidłowe sklepienie i zeszyłem całą ranę skórną od strony twarzy chorego i od góry, pozostawiając jedynie tylne ramię nie zaszyte, przez które wypuszczone zostały końce tamponów uciskowych na zewnątrz rany.

W następnym dniu po operacyi stan chorego poprawił się jedynie co do liczby uderzeń tętna, które zmieniło się na 72 uderzeń; inne objawy pozostały na razie bez zmiany na lepsze. Chory miał jeszcze na drugi dzień 12 napadów drgawek, na trzeci dzień było ich już tylko 4, a od 4. dnia drgawki nie powtórzyły się więcej. Porażenia również ustępowały stopniowo. Przebieg pooperacyjny był niemal bezgorączkowy: najwyższa ciepłota popołudniowa wynosiła 37,4° w szóstym dniu po operacyi. Tętno utrzymywało się po wykonanej operacyi między 60 a 72 uderzeniami. Zmianę pierwszego opatrunku przedsięwziąłem w 8. dniu po operacyi i usunąłem zupełnie tampony z głębi rany, zlewając je obficie perhydrolem celem łatwiejszego wydobycia. Wydzieliny nie było żadnej; wobec tego ograniczyłem się tylko do powierzchownego wytamponowania brzegów rany skórnej. W 11. dniu po operacyi ustąpiła niemota i chory przemówił pierwsze słowo, zażądawszy wody do picia. Odtąd poprawa następowała z każdym dniem. Władza w kończynie górnej prawej również powróciła i porażenie nerwu twarzowego ustąpiło zupełnie. Co do mowy, chory odpowiadał początkowo jakby niechętnie, skąpo; nad zapytaniami namyślał się dłuższą chwilę, zanim odpowiedział; stopniowo i ten objaw ociężałego myślenia ustąpił, a od jakich 2 tygodni ozdrowieniec odzyskał pełnię sił fizycznych i umysłowych, również zupełnie prawidłową mowę. Złamanie czaszki jest wyrównane i twardo zrośnięte. Zauważyć się jedynie daje jeszcze prędsze zmęczenie prawej ręki przy pracy, dające się stwierdzić siłomierzem. Początkowo siła rąk, równa w obu kończynach, wynosi 26 klg. Przy dalszych ściskaniach siłomierza nie zmienia się w lewej ręce, natomiast w prawej wynosi tylko 22 klg, a nawet po wypoczynku 10-minutowym opada jeszcze do 22 klg. (Streszczenie własne).

W dyskusyi zabiera głos a) kol. Kader, twierdząc, że chorzy tacy nieoperowani wcześniej czy później giną; jedynie tylko zabieg operacyjny może ich uratować. — b) Kol. Rydel zapytuje prelegenta, co było w danym przypadku wskazaniem do operacyi: czy krwotok podoponowy, czy też uszkodzenie substancyi mózgowej. W przypadkach uszkodzenia substancyi mózgowej należy zawsze operować. — c) Kol. Zaremba dodaje, że wskazaniem do operacyi były wzmagające się drgawki.

4) Kol. Rouppertowa przedstawia **hodowle paciorkowca hemolitycznego,** który nabrał tej własności dopiero po przeszczepieniu na bulion. Szczep ten paciorkowca został wyhodowany z wydzieliny pochwy.

W dyskusyi kol. Rosner podnosi, że własność hemolityczna paciorkowca bynajmniej nie idzie w parze z ciężkością zakażenia, co zresztą w piśmiennictwie już podnoszono.

5. Kol. prof. W. Jaworski przedstawia przypadek **wzrostu karłowatego**, oraz przypadek **chondrodystrofii** i omawia szczegółowo zależność tych przypadków od gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu.

W dyskusyi zabiera głos a) kol. Glassner, wskazując na korelacyę gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu: nieprawidłowe wydzielanie jednego może wywoływać nieprawidłową czynność drugich. — b) Kol. Lewkowicz podnosi, że klinika pedyatryczna takiego przypadku chondrodystrofii nie widziała, zdarzają się natomiast przypadki wprost przeciwne, gdzie chrząstka nasadowa działa prawidłowo, przyrost zaś ze strony okostnej jest nieznaczny, kości są zatem cienkie, a długie. Niewątpliwie na rozwój kośćca ma wpływ grasica. — c) Kol. Zubrzycki sądzi, że zastosowanie próby Abderhaldena w obu przypadkach mogłoby rzucić światło na zaburzenia czynności któregoś z gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu.

6. Kol. prof. W. Jaworski owówił analizę **elektrokardyogramu, otrzymanego odmiennym sposobem** własnego pomysłu (rzecz drukowana osobno). Sposób ten polega na szybszem lub wolniejszem przesuwaniu płyty.

W dyskusyi nad tą analizą zabierają głos kol. Glassner, Mayer i Latkowski.

7. Kol. Mayer omówił sposób **osłuchiwania tonów i szmerów sercowych,** wydobywających się **drogą tchawicy.**

N. Friedreich nadmienia w swojej książce o chorobach serca, że słyszał u siebie, leżąc wśród ciszy, szmer, równoczesny z każdem uderzeniem serca przy wydechu. Autor ten zmarł z tętniaka aorty. Później pojawił się cały szereg prac, zwłaszcza autorów włoskich, o szmerach oddechowych, słuchanych przez usta, oraz o tym szmerze, równoczesnym ze skurczem serca u niektórych osób; przypisywano temu rozmaite znaczenia. Galvagni i jego uczniowie systematycznie osłuchiwali przez jamę ustną, wyniki ich badań były jednak nieznaczne. Takata ogłosił przed dwoma laty pracę o osłuchiwaniu szmerów oddechowych przez usta, przyczem wspomina, że można czasem słyszeć przez usta niewyraźne i nieczyste tony sercowe.

Tymczasem z punktu widzenia akustycznego tchawica stanowi idealną słuchawkę dla osłuchiwania tonów i szmerów sercowych u każdego człowieka, łuk bowiem tętnicy głównej przylega bezpośrednio do przedniej ściany dolnej części tchawicy i siedzi okrakiem na lewem oskrzelu, a najgrubsze odgałęzienia aorty stykają się z tchawicą. Przewo-

dnictwo zatem tonów i szmerów serca, górujących w okolicy aorty, jest daleko lepsze za pośrednictwem powietrza tchawicy, aniżeli przez części miękkie klatki piersiowej, które pochłaniają część fal głosowych i nie są tak dobrymi przewodnikami głosu, jak powietrze, a stają się jeszcze gorszymi przewodnikami w pewnych stanach patologicznych. Aby wyzyskać tchawicę, jakoby stetoskop, przylegający bezpośrednio do samej ściany tętnicy głównej, należy dobrać takie warunki akustyczne, któreby cały słup powietrza od miejsca zetknięcia się tchawicy z aortą aż do ucha badającego zamieniły na jednolitą, zewsząd zamkniętą, a nigdzie w przebiegu nie przerwaną całość. Nadto należy wyłączyć szmery oddechowe bez zamknięcia głośni, a temsamem wyjścia tonów serca. W tym celu trzeba obrać tę chwilę, kiedy obraz krtani za życia jest podobny do obrazu krtani po śmierci, wówczas bowiem niema szmerów oddechowych, ani głośnia nie jest zamknięta. Zdaniem prof. Pieniążka krtań za życia znajduje się w stanie podobnym do krtani po śmierci wówczas, gdy zwykły wydech odbywa się bez żadnego natężenia Szersze omówienie tej sprawy znajduje się w dziele prof. Pieniążka p. t.: »Laryngoskopia« str. 106 i 107. I właśnie chwilę skończonego wydechu należy przedłużyć bez żadnego natężenia; natenczas wśród tej przedłużonej przerwy pomiędzy wydechem a wdechem wydobywają się przez szparę głośni same tylko tony lub szmery sercowe. Następną przeszkodę stanowi nieodpowiednia droga dla tonów serca przez jamę ustną, gdzie podniebienie miękkie z łukami oraz język mogą układać się tak, że przecinają drogę tonom sercowym. Dlatego obrałem inną drogę, mianowicie jamy nosowe przy zamkniętych szczelnie ustach po skończonym wydechu. Toteż tony sercowe, wydobywszy się przez rozwartą szparę głośni, dostają się w całości bez żadnej przeszkody poprzez jamy nosowe aż do otworów zewnętrznych nosowych, które możemy objąć szczelnie zapomocą odpowiedniej słuchawki i połączyć z uchem badającego. W ten sposób mamy do pokonania jedyną przeszkodę, t. j. zamykanie się głośni, a tę przeszkodę usuwamy tak, że polecamy choremu parę razy głęboko oddychać przez usta, a po skończonym ostatnim wydechu zamknąć usta i bez żadnego wysiłku opóźnić się z następnym wdechem. Podczas tej przerwy słychać zawsze tony sercowe dopóty głośno i wyraźnie, dopóki chory potrafi powstrzymać się od wysiłku napinającego głośnię, jak się to dzieje przy zaparciu wydechu.

Praktyczne znaczenie tego sposobu osłuchiwania uwydatnia się przedewszystkiem w tych przypadkach, gdzie przewodnictwo tonów i szmerów od serca poprzez części miękkie aż do powłok zewnętrznych klatki piersiowej jest znacznie upośledzone, jak w rozedmie płuc, przy obecności płynów patologicznych w worku osierdziowym, przy otyłości. Nadto przy osłabieniu mięśnia sercowego i przy znacznych utratach krwi tony i szmery już w źródle swego powstania są osłabione. Niejednokrotnie niektóre z tych czynników schodzą się razem i wówczas przy osłuchiwaniu klatki piersiowej nie można się zoryentować co do tonów, a tembardziej co do szmerów sercowych. W tych przypadkach przedewszystkiem może oddać usługi tchawica, jako słuchawka, przylegająca bezpośrednio do samej ściany tętnicy głównej. (Streszczenie własne).

Związek polski lekarzy i przyrodników w Petersburgu.

XXIV. naukowo-administracyjne posiedzenie Wydziału lekarskiego w dniu 8. (21.) lutego 1913 r.

Obecnych osób: członków 25, gości 8. Przewodniczy wiceprezes Wydziału Dr Sz. Dzierżgowski.

Protokół ostatniego posiedzenia przyjęto.

1) Dr Mieczysław Romanowicz wygłosił wykład: **Badania nad włośnicą** (trichinosis), **powikłanie posocznicą pochodzenia jelitowego, substancye toksyczne, wytwarzane przez zarodki pasorzyta.**

Mowca przytoczył na wstępie zarys historyczny prac nad włośnicą, a potem obecny stan. Stąd wynika, że prócz zniszczenia i zwyrodnienia błony śluzowej dwunastnicy, a także włókien mięsnych, pasorzyt włośnicy wytwarza toksyny, które pociągają za sobą skutki daleko groźniejsze. Prelegent przytoczył swe badania, a w końcu porównywał i inne choroby pochodzenia pasorzytowego (ascaris lumbricoides, taenia solium, botriocephalus latus), twierdząc, że i tu również groźne zaburzenia powstają właśnie wskutek zatrucia ustroju przez toksyny.

Dyskusya: a) Doc. Z. Orłowski powątpiewa, aby rozpoznawanie choroby było trudne; tłómaczy się to tylko rzadkością samej choroby, oznaki bowiem są nader cechujące. Co do eozynofilii, to wynosi ona 75%. — b) Prelegent: Wszystkie oznaki występują dopiero w końcu drugiego tygodnia, gdy już jest zapóźno i chorego uratować nie można. — c) Prof. Ziemacki przytacza własne spostrzeżenia: Jeden przypadek z zejściem śmiertelnem po 4 dniach choroby. Przypadek ten był uważany za dur brzuszny i dopiero sekcya wykazała obecność włośni (trychin). W drugim przypadku 3 słuchaczy w Dorpacie zachorowało po spożyciu szynki na włośnicę; dwóch z nich zmarło. — d) Doc Orłowski zapytuje prelegenta, na który dzień po zapadnięciu spostrzegał eozynofilię. — e) Prelegent: Już od ósmego dnia. — f) Doc. Noiszewski zapytuje prelegenta co do zmian, które zachodzą na spojówce. — g) Prof. Ziemacki zaznacza, że żaden krwotok na spojówce nie następuje, lecz tylko liczne rozszerzenia drobnych naczyń. — h) Doc. Noiszewski: Czy przy samej rogówce? — i) Prof. Ziemacki: I dalej. — k) Prof. Zaleski podnosi znaczenie odczytu, albowiem poruszone przez prelegenta znaczenie toksyn wysuwa obecnie na widownię inne czynniki. Prócz tego zapytuje prelegenta, czy w doświadczeniach na zwierzętach udało się określić termin, kiedy mianowicie następuje zwapnienie. — l) Prelegent: Od 21. dnia pasorzyt wpada w stan otrętwienia; surowica wtedy jest nieszkodliwą. Może nastąpić zwapnienie tylko torebki, a pasorzyt pozostać bez zmiany, ale wtedy już ustaje przesiąk toksyn na zewnątrz. — m) Dr Sz. Dzierzgowski zapytuje, dlaczego zakażenie następuje dopiero w dwunastnicy, a nie w żołądku; krew zwierząt bywa jadowitą, mowca zapytuje więc, z jakich zwierząt pochodziła krew i jak prelegent stosował wstrzykiwania. — n) Prelegent daje odpowiednie wyjaśnienia, dodając, że krew brał z białych szczurów i świnek morskich. — o) Prof. Szawłowski zaznacza, że jedynym środkiem, który powinien być stosowany, jest środek przeczyszczający, aby tą drogą wyprowadzać z ustroju potomstwo, które właśnie wstępuje i gnieździ się w dwunastnicy; sok trzustkowy nietylko nie działa na nie zabójczo, lecz widocznie sprzyja rozwojowi.

Przewodniczący w imieniu Zgromadzenia składa prelegentowi serdeczne podziękowanie za pouczający i cenny odczyt.

2) P. Albert Dryjski odczytał rzecz p. t.: **Czucie i świadomość.** Odczyt był oparty na 84 pracach źródłowych i 14 rozmaitych podręcznikach z dziedziny psychologii i psychiatryi. Drogą zestawień mówca twierdzi, że pojęcie świadomości ściśle się określić nie daje, co do czucia zaś przypuszcza, iż jest ono zjawiskiem (bez względu na świadomość lub nieświadomość), gdy na ustrój nerwowy działa podnieta.

Dyskusya: a) Doc. Noiszewski przypuszczał, że prelegent przedstawi różnicę między czuciem i świadomością. W świadomości jest pierwiastek wiedzy, czucie go nie posiada. Te świadomości poczwórne, potrójne i t. d., jest to działanie sugestyi, to przypadki patologiczne, nadają się do kliniki chorób umysłowych. — b) Prelegent przytoczył szereg przykładów, dotyczących różnicy między świadomością i czuciem. — c) Prof. Zaleski mówiąc o szóstym zmyśle, przytoczył doświadczenia na nietoperzach. Co do katalep-

syi, to zjawiska te nie polegają na tem, aby chorzy wykonywali czynność, przedłużającą inną czynność. Na mocy wykładu nie można wywnioskować, jaka jest różnica między świadomością a czuciem. — d) Prof. Szawłowski tłómaczy doświadczenie prof. Sieczenowa, dlaczego żaba pozbawiona mózgu robi odruchy łebkiem przy podrażnieniu pośladków kwasem siarczanym. — e) Prelegent daje wyjaśnienia co do świadomej i nieświadomej świadomości. Przez świadomość nie można tłómaczyć czucia — i w danym razie posiłkuje się logiką. — f) Doc. Noiszewski twierdzi, że o logice można dowolnie mówić, albowiem logiki, jako nauki, niema.

Prezes w imieniu Zgromadzenia dziękuje prelegentowi za odczyt.

W części administracyjnej posiedzenia: 1) Prof. Ziemacki podaje do wiadomości, iż w kwietniu roku bieżącego upływa 50 lat działalności lekarskiej Dra Marcinkiewicza. Uchwalono obrać komisyę, któraby zajęła się tą sprawą. Do komisyi zaproszono: prof. Zaleskiego i Dr Ulińskiego.

XXV. naukowo-administracyjne posiedzenie Wydziału lekarskiego dnia 26. kwietnia (9. maja) 1913 r.

Obecnych osób: członków 20, gości 6. Przewodniczy wiceprezes Wydziału Dr Szymon Dzierzgowski.

Protokół ostatniego posiedzenia przyjęto.

I. Doc. Dr Stanisław Władyczko wygłosił wykład: **O bólach głowy przy obniżonem ciśnieniu w czaszce.** Mówca przytacza szereg przyczyn, od których może zależeć ból głowy i na jedną z przyczyn, a mianowicie przy obniżonem ciśnieniu w czaszce, zwraca szczególną uwagę. Prelegent rozpatruje historye chorób spostrzeganych przypadków; przytacza autorów, którzy spostrzegali napad jaskry (raptus glaucomatosus) po różnych silnych wzruszeniach nerwowych. Na zmiany w oku w danym razie mówca zapatruje się z punktu mechanicznego; tak również zapatruje się i Donders. Prof. Wicherkiewicz tej teoryi nie uznaje, podając własne objaśnienie. Prelegent pokazywał preparaty makroskopowe (z badań swych doświadczalnych) i drobnowidowe. Otóż na mocy swych badań mówca dochodzi do następujących wniosków: 1) Obniżone ciśnienie w czaszce nie pozostaje bez wpływu na stan brodawki nerwu wzrokowego i statykę blaszki sitowatej (lamina cribrosa); przy niezwiększonem napięciu w oku następuje wklęsłość większa, niż fizyologiczna, blizka jaskrowej. Dowodem ujemnego wpływu obniżonego ciśnienia w czaszce na brodawkę nerwu wzrokowego są: a) doświadczenia na psach (Noiszewski, Władyczko) z trepanacyą, zmniejszającą ciśnienie w czaszce i wywołującą widoczną wklęsłość brodawki (excavatio papillae) już w prędkim czasie po operacyi; b) przy nakłuciu mózgu w przypadkach wodogłowia wewnętrznego, jeżeli się często wypuszcza dużą ilość płynu, to następuje potem w niektórych przypadkach dość znaczna wklęsłość brodawki; c) przy nakłuwaniach w okolicy lędźwiowej następują zaraz po operacyi bóle głowy i objawy, jakie się spostrzega przy napadzie jaskry (raptus glaucomatosus); d) niektóre przypadki ślepoty (amaurosis), przyczem brodawka okazywała się obrzękłą, jak to spostrzegali Widal, Toltrain i Weil, a gdzie po kilku nakłuciach następowało prawie zupełne wyzdrowienie. 2) Bóle przy obniżonem ciśnieniu w czaszce (jeżeli temu towarzyszy niezmienione napięcie oka) mogą zależeć od naruszenia prawidłowej statyki brodawki nerwu wzrokowego i blaszki sitowatej, a jednocześnie z tem i od statyki wchodzących do oka razem z nerwem wzrokowym nerwów rzęskowych; naruszenie statyki n. rzęskowych może wywołać odruchowe bóle głowy w okolicach czołowej, skroniowej, a czasami i tyłu głowy. 3) Obniżone zaś ciśnienie w czaszce może zależeć od nadmiernej czynności splotu naczyniowego (plexus chorioideus), który wydziela ciecz mózgowordzeniową. Gdy tej cieczy będzie mniej, przestrzeń międzypochwowa nerwu wzrokowego też będzie jej mniej zawierać, a opona twarda mózgu będzie prawie dotykać samego nerwu, ślepy zaś worek, którym się kończy ta przestrzeń około blaszki sitowatej, będzie mniej zapełniony: stąd naruszenie statyki blaszki i brodawki, a poza tem naruszenie statyki nerwów rzęskowych i bóle. 4) Nadmierna czynność splotu naczyniowego może być przy miejscowej nerwicy nerwu współczulnego, który unerwia i sam splot. 5) Przyczynę nerwicy nerwu współczulnego mogą stanowić różne ciosy psychiczne i nieprzyjemne wstrząśnienia moralne. U chorych tego rodzaju unerwienie splotu naczyniowego jest ich słabym punktem. 6) Przeciwko bólom głowy przy zmniejszonem ciśnieniu stosować należy przedewszystkiem zwykły sposób leczenia jaskry (ezeryna, sklerotomia etc.) przy jednoczesnem leczeniu układu nerwowego. 7) Przy leczeniu przeciwjaskrowem bóle ustępują. 8) Chorzy tego rodzaju nie uskarżają się na wzrok ani też na oczy wogóle. — W końcu prelegent dodaje, iż badanie oczu w takich razach jest niezbędne; albowiem tylko tą drogą uda się wykryć istotną przyczynę bólów głowy.

Prezes w imieniu Zgromadzenia składa prelegentowi podziękowanie za pouczający i zajmujący odczyt.

Przewodniczący Dr Szymon Dzierzgowski ustępuje miejsca przewodniczącego Dr Mikołajowi Suchorskiemu, który przewodniczy aż do końca posiedzenia.

II. Dr Szymon Dzierzgowski wygłasza wykład: **W sprawie stałości odporności czynnej w ustroju zwierzęcym.** Główną uwagę w swych badaniach zwrócił prelegent na to, czy ta antytoksyna przeciwbłonicza po całym szeregu lat jest ta sama, która była wywołana pod wpływem toksyny, czy jest inna. Własne badania prelegenta wykazały, że antytoksyczne własności szybko się zmniejszają, dochodzą do wielkości stałych i już pozostają przez długi szereg lat, tak n. p. u koni przez 16 lat, a u ludzi przez 7 lat. Ilość antytoksyny zależy od indywidualnych własności i nie zależy ani od ilości wprowadzonego jadu, ani od przeciągłości uodporniania, również wysokość osiągniętej odporności niema znaczenia. Gdzie wydzielanie z ustroju jest zwiększone, tam ilość antytoksyny zwiększa się (jak to widzimy u kobiet karmiących). Szereg dalszych badań doprowadził mówcę do przekonania, że ustrój uodporniony pozostaje stale uodpornionym.

Dyskusya: a) Dr Bukowska przytacza własne badania w tej sprawie, dokonane u dzieci w petersburskim »Domu wychowawczym«. Wyniki tych badań stoją w sprzeczności z badaniami Dra Blumenau, dokonanemi w szpitalu Oldenburskim. — b) Doc. Władyczko porusza pytanie, czy można anafilaksyę zastosować do rozpoznawania u osób umysłowo chorych. Odpowiednie badania podejmowano, lecz wyników nie otrzymano; — c) Prelegent: Niema odpowiednich sposobów, któreby pozwalały mierzyć odporność. Odpornością albowiem nazywa się własność ustroju wytwarzania antytoksyny. W tych razach, gdy antytoksyna daje się określić, rzecz jest jasną, w tych zaś, gdy antytoksyna określić się nie daje, należy jednak przypuszczać, że krew ta posiada antytoksynę. — d) Prócz tego przemawiał w dyskusyi Dr E. Zboromirski.

Przewodniczący Dr M. Suchorski składa w imieniu Zgromadzenia serdeczne podziękowanie prelegentowi za cenny odczyt.

XXV. ogólne naukowo-administracyjne posiedzenie w dniu 5. (18) kwietnia 1913 r.

Obecnych: członków 30, gości 12. Przewodniczy prezes prof. Ziemacki.

Otwierając posiedzenie prezes wita gościa z Warszawy, prof. Leona Kryńskiego, i prosi go, by zajął miejsce obok Zarządu. Następnie podaje smutną wiadomość, iż jeden z czynnych członków »Związku«, Dr Jadwiga Białobłocka, dziś zmarła, poświęca kilka gorących słów jej pamięci

i wzywa obecnych, by uczcili pamięć zgasłej przez powstanie.

Protokoły dwóch ostatnich posiedzeń z dnia 7. (20) grudnia 1912 r. i 25. stycznia 1913 r. przyjęto.

Prezes podaje do wiadomości, iż Dr W. Gintyłło odczyt swój pod tyt.: »Wrażenia z wycieczki na wojnę bułgarsko turecką« cofnął z porządku dziennego i dodaje, iż na jego prośbę

I. Prof. Dr Leon Kryński wygłasza wykład: **W sprawie leczenia nowotworów okrężnicy.**

Zaznaczywszy na wstępie miejsca, w których najczęściej usadawiają się nowotwory, mówca przytacza panujące obecnie w nauce poglądy co do wykonywania odpowiedniej operacyi. Obecnie stosują t. zw. enterokoloanastomozę, która polega na wycięciu wskazanej przestrzeni okrężnicy, zeszyciu odnośnego końca i wszyciu do jego kanału, najlepiej przez boczne zespolenie, ujścia kanału jelita cienkiego. Istnieją jednak różne poglądy: gdy jedni radzą wykonywać operacyę odrazu, inni wolą rozkładać ją na kilka okresów. Mówca używa częściej dwuczasowych rękoczynów.

Prezes w imieniu Zgromadzenia składa prelegentowi serdeczne podziękowanie za spełnienie prośby i wygłoszenie pouczającego odczytu klinicznego.

II. P. Albert Dryjski odczytał rzecz p. t.: **Problemat lokalizacyi zjawisk duchowych.**

Dyskusya: a) Doc. St. Władyczko, określiwszy odczyt jako bardzo staranny, lecz niezupełny przegląd postępu i obecnego stanu fizyologii mózgu, dodaje, że prelegent opuścił kilka bardzo ważnych prac prof. Pawłowa, Bechtjerewa, a również i pracę mówcy, dokonaną z prof. Bechtjerewym. Co do wzmianki, iż badania anatomiczne stoją bardzo nizko, to mówca wcale nie podziela tego zdania i twierdzi przeciwnie, iż badania te obecnie stoją bardzo wysoko i mocno. — b) Prof. Zaleski również zrobił kilka uwag w tym samym kierunku. — c) Prelegent, odpowiadając na zarzuty, zaznacza, że to, czego obecnie w ogólnej części niema, będzie zaznaczone w drugiej, szczegółowej części, którą ma zamiar wygłosić.

Prezes w imieniu Zgromadzenia dziękuje prelegentowi za wygłoszenie odczytu.

W części administracyjnej posiedzenia: 1) Uchwalono złożyć od »Związku« wieniec na trumnie ś. p. Dr Jadwigi Białobłockiej przez osobną deputacyę. 2) Obrano jednomyślnie na członków rzeczywistych »Związku«: Inż. Mieczysława Skrzypkowskiego, inż. Józefa Muszyńskiego, Dr Adama Wojnicza, Dr Leopolda Wasickiego, lekarza-odont. Tadeusza Łokuczewskiego i lek. odont. Władysława Bucewicza. 3) Prezes prof. Ziemacki podaje do wiadomości, iż rodzina po ś. p. profesorze matematyki Janie Ptaszyckim ofiarowała 7.000 rsr. nominalnych w listach zastawnych ($4^1/_2$ %) Banku wileńskiego w celu ufundowania przy »Związku« stypendyum imienia zmarłego dla studenta matematyki. W imieniu zebranych prezes składa serdeczną i gorącą podziękę ofiarodawcom w osobie obecnych na posiedzeniu synów zmarłego, pp. Jana i Adama Ptaszyckich. 4) Wskutek zwrócenia się prof. Gluzińskiego ze Lwowa w sprawie powstania »Towarzystwa internistów polskich« z siedzibą we Lwowie, uchwalono stworzyć osobną komisyę, do której (z prawem kooptacyi) zostali powołani: Doc. Z. Orłowski, Dr Biron, Dr Wilamowski i Dr Zakrzewski.

XXVI. ogólne naukowo-administracyjne posiedzenie w d. 17. (30) maja 1913 r.

Obecnych osób: członków 17, gości 5. Przewodniczy prezes prof. Ziemacki.

I. Dr Józef Polak (z Warszawy) wypowiedział rzecz p. t.: **O higienie miast (miasta ogrody).** Mówca, jako higienista, rozpatrywał warunki zanieczyszczenia miast wogóle, poczem w celu polepszenia warunków życia miejskiego podał środki podniesienia zdrowotności miast; jako na ważne dopełnienie w tej sprawie mówca wskazał na miasta-ogrody.

Prezes w imieniu Zgromadzenia składa prelegentowi podziękowanie za zajmujący odczyt.

II. Dr Szymon Dzierzgowski wygłosił wykład: **O odkażaniu wody chlorem.** Prelegent rozpoczął w tej sprawie swe badania w roku 1910; za punkt ich wyjścia posłużyła cholera, która w tym roku panowała w m. Rostowie n. Donem. Otóż badania podjęto w celu wypróbowania własności chloru w postaci soli podchloranowych na podniesienie wartości zdrowotnej nie nadającej się do picia wody. Badania te doprowadziły mówcę do dodatnich wniosków na rzecz chloru. Mówca, jako stronnik i zwolennik stosowania chloru do poprawiania wody, higienicznie nienadającej się do użytku powszechnego, również pozostaje obrońcą odkażania wody wogóle drogą chemiczną.

Prezes w imieniu Zgromadzenia składa prelegentowi serdeczne podziękowanie za pouczający odczyt.

XXVII. ogólne naukowo-administracyjne posiedzenie w d. 25. października (7. listopada) 1913 r.

Obecnych osób: członków 28, gości 10. Przewodniczy prezes prof. Ziemacki.

Wobec nieobecności doc. Sowińskiego na zastępcę sekretarza zaproszono Dr E. Zboromirskiego.

I. Ks. prof. St. Trzeciak wygłosił rzecz p. t.: **Walka antyalkoholiczna u żydów w czasach Chrystusa Pana.** Treść: Napoje upajające u starożytnych narodów, rodzaj tych napojów u Żydów. Rzut oka na rozwój alkoholizmu i skutki jego w czasach obecnych. Zwolennicy i przeciwnicy alkoholu powołują się na Biblię. O ile Biblia daje wyświetlenie w tej sprawie. Działalność antyalkoholiczna proroków. Akcya ta prowadzona w literaturze żydowskiej: Philo, testamenty dwunastu patryarchów, Apokalipsa, Barucha grecka, Talmud. Skutki rygorystycznej działalności. Stosunek Chrystusa Pana i Apostołów do używania wina. Abstynencya czy temperancya?

Dyskusya: a) Doc. St. Władyczko twierdzi, że szkodliwość alkoholizmu oddawna już została uznana i powołuje się na przykłady z historyi Rzymu i Sparty. Sama świadomość szkodliwości jednak nie wystarcza, nie wystarczają również kazania i rady lekarskie, na które kładł nacisk prelegent. Pożądanem jest oddziaływanie na człowieka w tym kierunku od zarania jego życia w szkole i w następnem jego życiu. Przyczyna postępującego alkoholizmu polega na pessymizmie i niepewności jutra (t. zw. »Unzufriedenheitsalkoholismus«). Źródłem tych objawów są warunki socyalne. Zmiana tych warunków może wielce sprzyjać walce z alkoholizmem. — b) Dr Polak zapytuje prelegenta, jaki ma wpływ zakładanie stowarzyszeń abstynenckich oraz składanie przysięgi przez nałogowych pijaków? — c) Prelegent zgadza się w zasadzie z poglądami Doc. Władyczko. Na pytanie Dr Polaka odpowiada, że przysięga niezawodnie często bywa czynnikiem skutecznym w walce z alkoholizmem.

Prezes w imieniu Zgromadzenia składa prelegentowi serdeczne podziękowanie za zajmujący odczyt.

II. P. Albert Dryjski odczytał rzecz p. t.: **Wyobraźnia jako czynnik chorobotwórczy.**

Prezes w imieniu Zgromadzenia dziękuje prelegentowi za odczyt.

W części administracyjnej posiedzenia: 1) prezes podaje do wiadomości, iż »Rada« wnosi na ogólnem posiedzeniu, aby zatwierdzić wydatek około 200 rsr. na latarnię magiczną, niezbędną przy odczytach. — Po krótkiej dyskusyi wniosek został uchwalony. 2) Prezes wnosi, aby utworzyć komisyę dla uczczenia trzydziestoletniej pracy lekarskiej i obywatelskiej Doc. Noiszewskiego. W skład komisyi weszli: Prof. Zaleski, Doc. Władyczko, Dr Wilamowski, Dr Uliński, Dr Marcinkiewicz.

3) Skarbnik Dr Uliński wnosi, aby rozesłać do członków, którzy nie uiścili dotąd wkładek członkowskich, listy z podpisem prezesa i sekretarza z wezwaniem do zapłacenia należności lub wystąpienia ze Związku. — P. Rogójski wypowiada zdanie przeciwne, uważając zapłacenie znacznych zaległości za uciążliwe, i wnosi, aby ograniczyć się do wezwania o zapłacenie ostatniej wkładki lub wkładki za rok przeszły. — Prof. Ziemacki popiera zdanie skarbnika i jest za bezwzględnem wykreśleniem członków niepłacących, zwłaszcza, że pewna część członków z niewiadomej przyczyny została wciągnięta na listę. Okazuje się nawet, iż ci członkowie nic nie wiedzieli o tem, iż są członkami Związku, obecnie zrzekają się tego, a nawet niekiedy nie są wcale Polakami. 4) Uchwalono zamówić nowe karty registracyjne. 5) Odczytano list Dra Sz. Dzierzgowskiego, w którym prosi on o zwolnienie od obowiązków wiceprezesa Wydziału lekarskiego z przyczyny braku czasu. Uchwalono prosić o czasowe objęcie tych obowiązków prof. Zaleskiego. b) Prezes podaje do wiadomości, iż z liczby 7 petentów o stypendyum im. ś. p. J. Ptaszyckiego przyznano je studentowi matem. 4. kursu Leonowi Szymańskiemu. 7) Dla uporządkowania biblioteki Związku zaproszono p. Michalskiego. 8) Obrano komisyę do wydawania rocznika. W skład jej weszli: prof. Zaleski, Rogójski, Dr Bartoszewicz, Kotarski, p. Bucewicz Władysław.

XXVI. naukowo-administracyjne posiedzenie Wydziału lekarskiego w dniu 8. (21.) listopada 1913 r.

Obecnych: członków 20, gości 6. Przewodniczy prezes prof. Ziemacki.

Prezes podaje do wiadomości, iż zmarli członkowie Związku: inżyn. Kazimierz Staniszewski i Dr August de Mezer i wzywa obecnych, by uczcili pamięć zmarłych przez powstanie.

Protokół ostatniego posiedzenia przyjęto.

Dr Edmund Zboromirski odczyt swój p. t.: »Odczyn Abderhaldena dla rozpoznawania ciąży« cofnął z porządku dziennego, wobec czego prezes przechodzi do działu administracyjnego: 1) Prezes podaje do wiadomości, iż w dniu 40-letniego jubileuszu Dr Alfreda Sokołowskiego (Warszawa) wysłano depeszę; depeszę odczytano. Następnie streszcza prezes życiorys jubilata i zaznacza, że Rada wnosi, aby przedstawić Dr Alfreda Sokołowskiego w myśl § 11 na członka honorowego Związku. Uchwalono wyboru dokonać na najbliższem posiedzeniu ogólnem. 2) Prezes zaznacza, iż na ogólnem posiedzeniu mają się odbyć wybory sekretarza Wydziału przyrodniczego. Wydział przedstawił p. Alfreda Rundo, inżyniera. 3) Odczytano list wiceprezesa Wydziału lekarskiego, Dr Szymona Dzierżgowskiego, który prosi o zwolnienie go od obowiązków wobec nawału pracy. Sprawa ta była już rozpatrywana w Radzie. Uchwalono na najbliższem posiedzeniu ogólnem dokonać wyboru nowego wiceprezesa Wydziału lekarskiego. 4) Na delegata Związku na Zjeździe w Poznaniu zaproszono prof. Zaleskiego. 5) Omawiano sprawę stypendyum imienia ś. p. Ptaszyckiego. 6) Prezes podaje do wiadomości list prof. Rydygiera w sprawie Zjazdu chirurgów polskich w Warszawie. 7) Z powodu 30-letniego jubileuszu pracy zawodowej prof. Jana Szawłowskiego uchwalono przesłać mu w imieniu Związku telegram gratulacyjny.

XXVIII. ogólne naukowo-administracyjne posiedzenie w dniu 22 listopada (5. grudnia) 1913 r.

Obecnych osób: członków 35, gości 30. Przewodniczy prezes prof. Ziemacki.

Protokół ostatniego posiedzenia przyjęto.

I. Dr Kazimierz Świątecki odczytał rzecz p. t.: »Wspomnienie pośmiertne o ś. p. Dr Janie Kozłowskim« (Rzecz wydrukowana w »Dzienniku Petersburskim« Nr 1069). Po skończonej przemowie prezes wzywa obecnych, by uczcili pamięć zgasłego przez powstanie.

II. Inż. Witold Jarkowski wygłosił rzecz p. tyt.: **Współczesny rozwój żeglarstwa powietrznego.** Wykładowi towarzyszyły obrazy rzutowe, przedstawiające różne rodzaje, formy i modyfikacye dawnych i obecnych przyrządów lotniczych. Wykład był tem ciekawszy, że mówca dzielił się również wrażeniami osobistemi z dokonanych przez siebie podróży. (Podczas wygłoszenia drugiej części odczytu przewodniczył wiceprezes Wydziału przyrodniczego, prof. inż. H. Merczyng).

Przewodniczący w imieniu Zgromadzenia składa prelegentowi serdeczne podziękowanie za zajmujący wykład.

Wobec spóźnionej pory dział administracyjny odłożono do następnego posiedzenia.

Sekretarz: Zdzisław Sowiński.

Ospa w Łodzi w r. 1913.

Zebrał i opracował

Dr St. Skalski.

(Wygłoszone na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego łódzkiego 21. I. 1914).

„La variole fut, dans les siècles passés, la plus redoutable et la plus redoutée des maladies populaires. Par l'étendue illimitée de son domaine géographique et la permanence de son règne dans toutes les contrées du globe, elle a fait plus de victimes que les pestes les plus meurtrières. Depuis un siècle, elle recule devant l'immortelle découverte de Jenner; a l'heure actuelle, elle est cantonnée dans les circonscriptions qui s'obstinent systématiquement a repousser les bienfaits de la vaccine, ou qui sont assez peu soucieuses de la santé publique pour en négliger la rigoureuse observation".

Variole. Artykuł Kelscha w tomie XVIII dzieła „Traité d'hygiène" — Brouardel-Chantemesse-Mosny. Tom XVIII nosi nagłówek „Etiologie et prophylaxie des maladies transmissibles". Paryż 1912. (I. B. Baillière et fils).

Po raz już trzeci staję przed Szanownymi Kolegami ze sprawozdaniem rocznem z przebiegu ospy w Łodzi. Niech usprawiedliwią mnie dwa fakty. Pierwszy, to fakt, że stwierdzenie przez nasze Towarzystwo istnienia w r. 1911 epidemii ospy w Łodzi z 1308 zgonami wywarło wrażenie na ogół ludności i zmusiło ją niejako do liczniejszego zabezpieczania siebie i swoich przed zapadnięciem na ospę drogą szczepień ochronnych, że stwierdzenie to wywarło również wrażenie na władzach gubernialnych, które pod wpływem owego wrażenia wprowadziły niezbyt zresztą udatnie wykonany pomysł szczepienia ospy po domach w r. 1912.

Pod wpływem obu tych czynników, zaniepokojenia ludności i zawstydzenia władz, szczepienia ochronne dosięgły w r. 1912 niebywałej dla Łodzi wysokości 20 z górą tysięcy, a dodatnie wyniki tego wzmożenia odczuwamy jeszcze obecnie w postaci zmniejszonej śmiertelności ospowej.

Drugi fakt, najzupełniej pewny, lecz znacznie mniej pocieszający, to istnienie po dawnemu w obrębie miasta naszego wielu ognisk ospowych. Ognisk tych nikt nie tłumi, bo nielicznych odkażań mieszkań po ospie, gdy zgonów samych wskutek ospy było w roku zeszłym siedem do ośmiukroć razy więcej, niż odkażań, nie można uważać za wystarczające. Świadczy to, że nie czynimy zadość zasadniczemu wymaganiu walki z chorobami zakaźnemi — odkażaniu mieszkania i rzeczy chorego.

Większość przypadków zachorowań na ospę pozostaje nieujawniona: brak obowiązku zawiadamiania o chorobie zakaźnej ze strony rodziców, obok niewykonywania przez nas, lekarzy, wymagań przepisów co do przesyłania zawiadomień o każdym przypadku choroby zakaźnej, spotykanym w praktyce, dalej fakt, że spora część ludności naszego miasta, bądź wskutek braku środków, bądź nizkiego poziomu kulturalnego, nie szuka pomocy lekarskiej, lecz częstokroć poprzestaje na pomocy znachorskiej, czemu sprzyja brak nieodzownego wprost w życiu miast wielkich czynnika — lekarzy miejskich dla ubogich, a czego nie

zdołają zastąpić oparte na ofiarności publicznej ambulatoryum Towarzystwa dobroczynności dla chrześcian i liczne zrzeszenia dobroczynne żydowskie, — gdy wreszcie do tych braków naszego współżycia miejskiego dodamy wciąż jeszcze nie wznowiony u nas, a obowiązujący w całem Królestwie Polskiem przepis co do regestracyi przyczyn zgonów, — wszystko to sprawia, że walka z chorobami zakaźnemi nie jest w Łodzi prowadzona należycie i nie może być skuteczna.

Tak jest od lat szeregu z ospą, chorobą najłatwiejszą do zwalczenia, tak z każdą inną, czy będzie nią czerwonka, czy płonica.

Tablica I.

Śmiertelność ogólna i wskutek ospy w r. 1913 w Łodzi na podstawie zapisków urzędników stanu cywilnego.

	Parafia lub gmina wyznaniowa	Zmarło w r. 1913 ogółem	Zmarło w r. 1913 na ospę	Stosunek procentowy śmiertelności ospowej do ogólnej	Zmarło w roku 1913 powyżej lat 14 ogółem	powyżej lat 14 na ospę	poniżej lat 14 ogółem	poniżej lat 14 na ospę
Katolicy	N. Maryi Panny (Bałuty)	2417	100	4·14	699	4	1718	96
	Ś. Krzyża	1226	16	1·31	608	5	618	11
	Ś. Stanisława Kostki	1022	16	1·57	439	0	583	16
	Ś. Anny (Zarzew)	913	29	3·18	240	0	673	29
	Ś. Wojciecha (Chojny)	808	7	0·87	243	0	565	7
	Ś. Józefa	735	5	0·68	308	0	427	5
	Ś. Kazimierza (Widzew)	292	8	2·74	101	0	191	8
	Ogółem u katolików	7413	181	2·44	2638	9	4775	172
Ewangielicy	Jana Ewangielisty	961	12	1·25	416	1	545	11
	Trójcy Św.	627	6	0·96	292	0	335	6
	Ogółem u ewangielików	1588	18	1·13	708	1	880	17
	Par. prawosławna	162	4	2·47	69	0	93	4
	Gmina żydowska	2817	7	0·25	863	2	1954	5
	Ogółem	11980	210	1·75	4278	12	7702	198

Przed omówieniem cyfr, malujących śmiertelność w Łodzi w r. ubiegłym, muszę zaznaczyć, że źródłem mych danych były t. zw. raptularze urzędników stanu cywilnego wyznania katolickiego, ewangielickiego, prawosławnego i mojżeszowego, skąd je osobiście wynotowywałem. Wzorem lat ubiegłych inne drobne gromadki wyznaniowe pominąłem, nie mogłem bowiem zdobyć odnośnych danych, ilościowo zaś gromadki owe są tak małe, że zaważyć nie mogą.

Niech mi wolno będzie już tutaj stwierdzić i podkreślić całą nienormalność tego faktu, że jedynie drogą usiłowań jednostek możemy się dowiedzieć, i to dopiero po skończeniu się danego roku, z względną ścisłością, jakie choroby zakaźne grasowały w mieście naszem, oraz tego, że władze, — obojętną jest dla mnie rzeczą, jakie —, tak strasznie bagatelizują sprawę zdrowotności mieszkańców Łodzi, mieszkańcy zaś sami niewiele większą wagę do spraw tych zdają się przywiązywać.

(Dok. nast.).

Przepełnienie w zawodzie lekarskim.

Pisząc o tej sprawie w Nrze 14, Szanowna Redakcya wzywa lekarzy, aby wzięli udział w dyskusyi. Idzie tu o zasadnicze kwestye zawodu i nauczania lekarskiego; dziwna byłaby to obojętność, gdyby sprawa nie wywołała sporów gorących. A w głosach, jakie dotychczas się odezwały, cała rzecz jest postawiona na opak. Z faktu istotnego — z przepełnienia wydziałów lekarskich — wysnuto wnioski fałszywe. »Galicya ma za mało lekarzy w stosunku do liczby ludności«. Pomimo tego twierdzenia autor artykułu pragnie, aby liczba lekarzy się obniżyła, bo jest ich »zadużo w stosunku do zapotrzebowania i w stosunku do tej liczby, którą kraj może utrzymać«. Jeżeli kraj potrzebuje większej liczby lekarzy, to trzeba mu jej dostarczyć koniecznie i dać społeczeństwu możność utrzymania tej zwiększonej liczby. Galicya — a i świat cały — potrzebuje lekarzy bez porównania więcej, aniżeli posiada. Dzisiejsi lekarze istotnie byt swój opierają na małej części zamożnego społeczeństwa. Nędza obywać się musi bez lekarza, albo w ambulatoryach i podobnych instytucyach otrzymuje od bezpłatnych lub źle płatnych lekarzy — jedynie pozór leczenia. Stanowisko, jakie my, lekarze, w takich stosunkach zająć powinniśmy, jest jasne. Jeśli piekarz nie sprzeda swych chlebów, choć naokoło głodne rzesze giną bez chleba, wtedy oczywiście mniej chleba wypieka: jest to słuszne stanowisko piekarskie, zawodowe. Ale szlachetny członek społeczeństwa zgoła inne wtedy poweźmie zamiary: dać nędzy możność zakupienia chleba. Bądźmyż obywatelami przedewszystkiem, a nie zawodowcami jedynie.

Skoro obfity napływ studentów nie znajduje miejsca w pracowniach, klinikach, to rozszerzyć te zakłady, aby każdy mógł się uczyć, z braku miejsca nikogo nie odpychać. Teatry i kinematografy i rozmaite inne zakłady powstają obficie, ciągle słyszymy o potrzebie tych zakładów, a hojność społeczeństwa w tych kierunkach jest wielka. Czyżby szkoły dla kształcenia lekarzy były sprawą tak małej wagi? Czyż nie jest naszym obowiązkiem społeczeństwo o tej potrzebie ciągle przekonywać, a nie do rozmiarów istniejących szkół przystosowywać liczbę studentów? Wielka liczba lekarzy i higienistów, to zdrowie ludzi, to pomyślniejsze warunki życia i szczęścia i pracy całego narodu. Musimy sami mieć to przekonanie i szerzyć je pośród społeczeństwa, a nie uważać siebie samych, zawodu własnego, za jakiś zbyteczny prawie czynnik w społeczeństwie, który przytłumiać raczej, niż rozwijać należy.

Oto jaki wniosek wyprowadzić należy z faktu przepełnienia wydziałów lekarskich: rozszerzać i zbogacać szkoły lekarskie, jako zasadniczą, niesłychanej wagi instytucyę społeczną. A zawód lekarski w ten sposób zorganizować, ażeby on nie żył jedynie z honoraryów ludzi zamożnych, ażeby służył wszystkim, jak inne najważniejsze zawody, aby zależał w swym bycie od zorganizowanego społeczeństwa, a nie od zamożności, od dobrej woli i hojności bogatych klijentów.

Gazety polityczne galicyjskie potępiły z różnych względów postanowienie czy zamiar Uniwersytetu wiedeńskiego ograniczenia liczby studentów z krajów słowiańskich. Autor artykułu w »Przeglądzie lekarskim« radzi tym gazetom politycznym, aby »rozpatrzyły bliżej narodowość studentów-medyków, idących z Galicyi do Wiednia«. Każdy młodzieniec, pragnący się uczyć i w wybranym kształcić zawodzie, powinien mieć pole nauki otwarte niezależnie od swej narodowości.

I jeszcze jedno cudze zdanie, które »Przegląd lekarski« przytacza, nie zaprzeczywszy mu zgoła, że »szkolnictwo średnie nadmiernie w Austryi wybujało ilościowo«. Więc szkół jest za dużo? Szkoły średnie są chyba wszędzie przepełnione i dla kandydatów braknie miejsca, albo powinno braknąć. Zachęcać potrzeba do szkół, szkoły otwierać, szerzyć naukę i oświatę i jak najwyżej podnosić. A tymczasem słyszymy skargi na nadmiar szkół i chcących się uczyć. W jakim my kierunku płyniemy?

Zygmunt Kramsztyk.

Nie zamierzając polemizować ze słusznymi w ogóle poglądami, wyrażonymi w powyższym artykule, wyjaśnić jednak winienem punkta, co do których widocznie zachodzi nieporozumienie.

O nazbyt szybkim przyroście liczby lekarzy nie może być mowy, gdy ludność chce się leczyć lub przynajmniej nie opiera się leczeniu przez lekarzy. U nas jednak dzieje się jeszcze nieraz inaczej. Zmienić to może tylko postęp oświaty, na który

jednak lekarze tylko w pewnej części wpłynąć mogą i na który potrzeba bądźcobądź — pewnego czasu. Również na rozszerzenie szkół lekarskich, ich zakładów i klinik, potrzeba — czasu, choćby nawet niezbyt długiego, zawsze jednak potrzeba tego czasu; przepełnienie zaś wydziałów lekarskich jest istniejącym już faktem i nasuwa trudności, które trzeba tymczasowo zaraz rozwiązać. Wogóle w artykule powyższym poruszono środki, mogące działać dopiero na dłuższą metę; tymczasem nie o to chodzi, lecz o sprawy, domagające się konkretnie tymczasowego załatwienia dziś, prawie natychmiast.

Co do sprawy narodowości studentów, którzy mają być nie przyjmowani na studya w Wiedniu, to chodzi jedynie o to, że niema podstawy posądzać Wydziału lekarskiego wiedeńskiego — jak to uczyniły dzienniki galicyjskie — o polityczne pobudki działania, o kroki nieprzyjazne specyalnie Polakom, lub też Czechom, albo Włochom, których dzienniki wyraźnie wymieniały; o ile chodzi o Galicyę, byłaby równie dotknięta młodzież żydowska i ruska, z innych krajów, pozostających pod panowaniem austryackiem, a mających uniwersytety, nawet i niemiecka. Podawane więc przez Wydział lekarski wiedeński przyczyny zamierzonych ograniczeń — choćby krzywdzących, należało przyjąć z dobrą wiarą, a nie podsuwać mu jakichś ukrytych pobudek, jak to się w dziennikach naszych stało.

Co do zdania, iż »szkolnictwo średnie w Austryi nadmiernie wybujało ilościowo«, to każdy, znający trochę te stosunki, nie miał chyba ani chwili wątpliwości, iż w zdaniu tem prof. Hohenegg piętnował tylko jednostronność austryackiego szkolnictwa średniego, t. j. nadmierną ilość gimnazyów klasycznych*) przy niedostatku innych typów szkół średnich, których abituryenci wstępowaćby mogli także na uniwersytet, ale nietylko na uniwersytet.

Po tych wyjaśnieniach mam zresztą nadzieję, że artykuł w Nrze 14 nie będzie już posądzany ani o stanowisko »jedynie zawodowe«, ani o propozycyę »numerus clausus«, ani o pogląd, »że szkół jest za dużo«, choć i bez tych nawet wyjaśnień, jak mi się zdaje, do takich dedukcyi nie dawał on podstawy.

Ciechanowski.

*) Dających prawo wstępu tylko na uniwersytet.

III. Zjazd balneologów polskich.

Zjazd ten, połączony ze Zjazdem turystycznym, odbędzie się w Krakowie w d. 4. i 5. maja b. r. według ogólnego programu, który już podaliśmy. Posiedzenia Zjazdu odbywać się będą w Domu Towarzystwa lekarskiego (ul. Radziwiłłowska 4). Z zakresu lekarskiego zapowiedziane zostały następujące wykłady: 1) Prof. W. Jaworski: Urządzenia lecznicze w zdrojowiskach teraz i w przyszłości. 2) Prof. L. Marchlewski: Niektóre metody lecznicze w świetle postępu chemii biologicznej. 3) J. Mędrkiewicz: Galicya pod względem balneologicznym i turystycznym. 4) Dr Zanietowski: a) Systemizacya porównawcza zdrojowisk i uzdrowisk. b) Granice jonoterapii i balneoterapii. 5) Doc. Seńkowski: Analizy wód krajowych z uwzględnieniem jonizacyi i hydrolizy składników. 6) Dr Pelczar: Dyetetyka w leczeniu chorób przemiany materyi. 7) Dr Lang: Z dziedziny leczenia zołzów u dzieci. 8) Doc. Latkowski: Z dziedziny postępów balneologii i balneoterapii. 10) Dr Fr. Chłapowski: Alkoholizm w zdrojowiskach. 11) Dr Mikołajski: O deontologii lekarzy zdrojowych. 12) Dr Aschkenazy: Stosunek lekarzy zdrojowych do lekarzy w mieście. 13) Dr Lewicki: Czy można wydawać kąpiele lecznicze w zdrojowiskach bez ordynacyi lekarskiej? 14) Dr Aronsohn: Sezony zimowe. 15) Dr J. Mayer: O wskazaniach dla leczenia chorób kobiecych w zdrojowiskach krajowych. 16) Dr Regiec: Leczenie zdrojowe w walce z gruźlicą.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Sprawozdanie »Towarzystwa opieki szpitalnej dla dzieci w Krakowie« za r. 1913, wydane z początkiem b. m., podaje dokładną wiadomość o układach, zawartych między Towarzystwem, a Wydziałem krajowym, oraz między Towarzystwem, a Rządem, a zabezpieczających działalność szpitala św. Ludwika i kliniki pedyatrycznej jeszcze przez lat kilka w sposób podobny do dotychczasowego. Układ z Wydziałem krajowym doszedł do skutku dzięki gminie m. Krakowa, za której staraniem odbyła się konferencya przedstawicieli wszystkich stron interesowanych, po bezowocnych pierwotnych konferencyach uwieńczona skutkiem. Towarzystwo otrzymało od kraju większą subwencyę na utrzymanie szpitala, w którym skasowano oddział chirurgiczny, w zamian powiększając inne oddziały i przydzielając więcej niż dotąd łóżek klinice pedyatrycznej. Wobec tego, że dotychczasowy dyrektor i prymaryusz, zasłużony Dr Franciszek Murdzieński, ustąpił z powodu nadwątlonego zdrowia, mianowało Towarzystwo dyrektorem szpitala św. Ludwika Dr J. Krzyszkowskiego, dyrektora kraj. szpitala św. Łazarza, a czynności prymaryusza oddało w ręce profesora kliniki, Dr Ks. Lewkowicza. Rachunek funduszu bieżącego Tow. za rok 1913 wykazuje w dochodach i wydatkach 7.719 koron. Wszystkie fundusze, zostające w zarządzie Tow. wynoszą obecnie 142.000 koron. W roku 1913 zgłosiło się w celu zasięgnięcia porady lekarskiej do szpitala dzieci 5.082; z tego przyjęto do stałego leczenia 1411. Na potrzeby szpitala wydano 67.594 kor., koszta leczenia jednego chorego wynosiły 45 kor. Dni leczenia było razem 36.060; utrzymanie dzienne jednego chorego wynosiło przeciętnie 1 kor. 87 hal. — W kolonii rabczańskiej dla dzieci zołzowatych wprowadziło Towarzystwo ważną zmianę, mianowicie dodało trzeci sezon; dzięki temu leczono w kolonii w r. 1913 — 151 dzieci, gdy dotąd najwyżej dorocznie 108. Przyjmowano też za zwrotem kosztów dzieci z poza Krakowa (w r. 1913—14). Sprawozdanie zawiera dokładnie i starannie, jak zwykle, ułożoną statystykę lekarską.

— Uzyskawszy wprowadzenie przez Radę miejską lekarzy szkolnych w szkołach ludowych w Krakowie, zorganizował Miejski Urząd zdrowia peryodyczne zebrania tych lekarzy, na których oprócz spraw bieżących roztrząsane bywają zasadnicze zagadnienia z zakresu higieny szkolnej. Praca ta wydaje bardzo pożyteczne owoce. Ważniejsze referaty z posiedzeń ogłaszane bywają drukiem »w celu zaznajomienia szerszego ogółu z postulatami higieny szkolnej«. Otrzymaliśmy właśnie broszurę, opracowaną przez Dra Adolfa Klęska i Edwarda Grażyńskiego p. t. »Odżywianie dzieci szkolnych«. Autorowie, zestawiwszy starannie wiadomości o organizacyi żywienia dzieci szkolnych w krajach zachodnio-europejskich, przytaczają wynik własnych badań co do potrzeby wprowadzenia żywienia dzieci w szkołach krakowskich, oraz podają projekt rozwiązania tej sprawy. Liczbę dziatwy, którejby w Krakowie należało rozdawać śniadania w szkole, obliczono na 1358, a koszt tego na 25.000 kor. rocznie. Projekt Dr Klęska i Grażyńskiego wszedł już poczęści w życie; sprawą tą zajmuje się zawiązane w tym celu Towarzystwo opieki nad dziećmi szkół ludowych. Z referatów wygłoszonych na zebraniach lekarzy szkolnych, wyszły poprzednio jeszcze trzy drukiem: Doc. Dr Nitscha o ławkach szkolnych, Dra Liebermanna o higienie oka w szkole i Dr Merza o skrzywieniach kręgosłupa; broszur tych jednak nie otrzymaliśmy.

— Izbom lekarskim wypłacił Rząd pierwszy zasiłek dla wdów i sierot, przyznany w zamian za doniesienia o przypadkach zakaźnych, bezpłatnie przesyłane władzom przez lekarzy. Z zasiłku tego, wynoszącego rocznie 50.000 kor. na całą Austryę, przyznano Izbie lekarskiej wschodnio-galicyjskiej 8.300 k., a zachodnio-galicyjskiej 5.000 kor. Jak wiadomo, miały Izby galicyjskie obie razem otrzymywać tylko po 5.000 kor.; dopiero energiczne kroki obu Izb uzyskały podział zasiłku, sprawiedliwszy w stosunku do usług, jakie lekarze galicyjscy oddają całemu państwu w walce z chorobami zakaźnemi.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 22. III. do 4. IV. 1914 zgłoszono przypadków: błonicy 4 † — (obcych 14 † —), krztuśca 7 † — (1 † —), ospy wietrznej 4, płonicy 35 † 2 (8 † 2), odry 3 † —, duru brzusznego — † — (2 † 1), róży — † — (1 † 1).

Dr Janiszewski.

Warszawa.

Ruch chorych zakaźnych w szpitalu im. Karola i Maryi dla dzieci w Warszawie. Od 22. III. do 4. IV. r. b. przyjęto do szpitala przypadków: płonicy 4 † —, błonicy 3 † —, duru brzusznego 2 † —, gruźlicy płuc 8 † —, gruźliczego zapalenia opon mózgowych 2 † —. — W tymże czasie zgłosiło się do ambulatoryum przypadków: ospy 1, odry 3, błonicy —, krztuśca 12, ospy wietrznej —. Dr Łyskawiński

Choroby zakaźne w Łodzi. Do miejskiego szpitala zakaźnego przybyło od 30. III. do 6. IV. 1914 przypadków: ospy 3 † 1, płonicy 1 † —, róży — † —. Dr Trenkner

Z różnych stron. Kolonia polska w Charkowie obchodziła 25 lecie pracy naukowej i pedagogicznej profesora uniwersytetu charkowskiego, Juliana Pęskiego. Dr Julian Pęski urodził się w r. 1859 na Wołyniu, szkołę średnią ukończył w Charkowie i tam również studyował medycynę. Studya ukończył z odznaczeniem w r. 1885. Stopień doktora medycyny uzyskał w r. 1893. Od roku 1905 jest profesorem nadzwyczajnym chirurgii, a obecnie dziekanem Wydziału lekarskiego. W roku 1896 został powołany na redaktora »Prac«, wydawanych przez Towarzystwo medycyny i higieny. Uczestniczy gorliwie w życiu kolonii polskiej: szkółki, ochrony i Dom polski bardzo wiele zawdzięczają jego wpływom, zabiegom i ofiarności.

Zasłużonemu Jubilatowi przesyłamy serdeczne »Ad multos annos!«

— Dr J. Maciejewski przeniósł swoje sanatoryum w Kissingen do nowo na ten cel zbudowanej willi »Quo vadis«.

— Słuchacze Akademii wojskowo-lekarskiej w Petersburgu mają po jej ukończeniu odsłużyć w r. b. 4 miesiące jako szeregowcy, a potem dopiero rozesłani zostaną do pułków jako lekarze wojskowi.

Mianowani: chirurg prof. Ludloff z Wrocławia profesorem ortopedyi w Berlinie, anatom prof. Göppert z Marburga profesorem we Frankfurcie, internista prof. Wenckebach profesorem w Wiedniu.

Zmarli: Dr Czesław Matuszewski w Miłosławiu; Dr Bolesław Baliński w Czepieleucach na Besarabii; Dr Wincenty Głowiński, lekarz powiatowy w Jaśle; Dr Helena z Nowickich Zagrodzka w Warszawie w 25 r. ż.; Dr Bogumił Zawadil we Lwowie w 48 r. ż.

Redakcya otrzymała: A. Puławski: Przyczynek do leczenia białaczki promieniami Roentgena i benzolem (Gaz. lek. 1914). — Nelken: 1) O potrzebie państwowego zakładu dla umysłowo chorych zbrodniarzy w Galicyi. (Tyg. lek.). 2) Badania psychoanalityczne chorób umysłowych. (Neurol. polska). — Blassberg: O fosfaturyi. (Now. lek. 1914). — W. Ziembicki: Teorya i praktyka w nauce o wewnętrznem wydzielaniu. (Tyg. lek. 1914). — Anastazy Landau: 1) O cukromoczu adrenalinowym u człowieka. 2) O wrzodzie okrągłym żołądka i gastroenterostomii. — A. Landau i Rząśnicki: Studya kliniczne nad sprawnością trzustki. (Część I. i II). — A. Landau i Temkinówna: 1) Studya nad zapaleniem nerek. (Doniesienie I). 2) Kilka uwag o pieczywie dla chorych cukrzyczych. (Med. i Kron. lek. 1914). — Brudziński: Szpital im. Karola i Maryi dla dzieci w Warszawie. (Urządzenia i zarządzenia, związane z zapobieganiem chorobom zakaźnym). (Przegląd pedyatr.). — Klęsk i Grażyński: Odżywianie dzieci szkolnych. (Kraków, nakł. gminy m. Krakowa 1913). — XLI. Sprawozdanie Towarzystwa opieki szpitalnej dla dzieci w Krakowie za r. 1913.

Odpowiedzialny redaktor:

Prof. Dr. Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 22. kwietnia 1914 w domu Towarzystwa (Radziwiłłowska 4) o godz. 6 wieczorem.** Na porządku dziennym: 1) Doc. Nitsch: O nosaciznie. 2) Demonstracye chorych: prof. Lewkowicz, prym. Borzęcki. Klinika chirurgiczna.